


Libro del año en Reino Unido

Esto te va a doler



Historias disparatadas
de un médico en prácticas

Adam Kay

 Planeta

ÍNDICE

Sinopsis
Portadilla
Dedicatoria
Aclaración
Introducción

1. Residente de primer año
2. Residente de segundo año
3. Residente de tercer año
4. Residente de cuarto año
5. Adjunto – Primer destino
6. Adjunto – Segundo destino
7. Adjunto – Tercer destino
8. Adjunto – Cuarto destino
9. Adjunto sénior
10. La vida después

Agradecimientos
Notas
Créditos

Gracias por adquirir este eBook

Visita Planetadelibros.com y
descubre una
nueva forma de disfrutar de la lectura

**¡Regístrate y accede a contenidos
exclusivos!**

Primeros capítulos

Fragmentos de próximas publicaciones

Clubs de lectura con los autores

Concursos, sorteos y promociones

Participa en presentaciones de libros

PlanetadeLibros

Comparte tu opinión en la ficha del libro
y en nuestras redes sociales:



Explora Descubre Comparte

SINOPSIS

Bienvenido al estimulante trabajo de médico: 97 horas a la semana y disponibilidad los 365 días del año. Bienvenido a un tsunami de fluidos corporales compensados por unos ingresos económicos inferiores a los de un parquímetro. Di adiós a tus relaciones familiares, amorosas y a tus amistades. Bienvenido a tu vida como médico en prácticas.

Tras cinco años sin ejercer la medicina y dedicado a escribir series de comedia para televisión, Kay recibe un aviso del colegio de médicos comunicándole que le van a quitar la licencia. Aprovecha entonces para rescatar sus diarios de médico en prácticas y hacer un repaso a sus años en la sanidad pública.

El resultado es un tronchante diario no exento del mejor humor negro, lleno de anécdotas e historias protagonizadas por médicos, pacientes y administrativos asqueados y hartos. Una mirada irónica y desmitificadora de la vida en los hospitales que ha sido un fenómeno en Reino Unido y que pronto se convertirá en serie.

EL LIBRO DEL AÑO EN REINO UNIDO

«Hilarante y desgarrador a partes iguales», *The Times*

«Tan divertido como políticamente incorrecto», *The Independent*

Adam Kay

Esto te va a doler

Historias disparatadas de un médico residente

Traducción de Gemma Deza Guil

 Planeta

*A James,
por su apoyo vacilante.
Y a mí mismo,
sin quien este libro no habría sido posible.*

Para respetar la privacidad de los amigos y colegas que no desean ser identificados, he modificado algunos datos personales. Y para mantener la confidencialidad de los pacientes, he alterado la información clínica que podía ayudar a identificarlos personalmente y he cambiado las fechas¹ y los nombres.² Aunque, de hecho, no sé por qué, porque ya no pueden amenazarme con retirarme el permiso para ejercer.

INTRODUCCIÓN

En 2010, tras seis años de formación y otros seis trabajando en un hospital, abandoné mi trabajo como médico del Sistema Nacional de Salud de Gran Bretaña, el NHS. Mis padres todavía no me lo han perdonado.

Y es que la gente, en general, siente debilidad por el sistema sanitario. Lo enarbolan como motivo de orgullo y felicidad nacional. La gente nos ve como a aquel vecino que vive en el otro extremo de la calle y tiene un coche retro de la década de 1940. El coche aún usa gasolina con plomo, hay que sacar la mano para indicar que se va a girar y el motor se enciende con una manivela que se encaja en el morro..., pero sigue funcionando. El coche en cuestión lleva en la familia varias generaciones, y viene gente de todas partes a admirarlo. (Aunque luego nunca se compran uno igual, solo vienen a admirarlo.) Y, por más que nos insistan en que los coches nuevos son mucho más rápidos, incorporan las tecnologías más punteras y consumen menos combustible, por mucho que nos digan que con el dinero que nos gastamos en hacer que el viejo cacharro siga circulando podríamos comprarnos una flota de automóviles nuevos cada año, no nos convencen de cambiarlo. No es una cuestión de lógica, sino de nostalgia, de amor.

El Sistema Nacional de Salud británico se fundó en 1948, sustentado en unos principios aún vigentes hoy en día: cubrir las necesidades de toda la población, ofrecer servicios gratuitos y asignar tratamientos en función de las necesidades clínicas, no de la capacidad del usuario para pagarlos. Y aunque es cierto que han surgido otros sistemas sanitarios en distintas partes del mundo, algunos de ellos posiblemente más eficientes, también lo es que es de los más justos.

En 2015, el ministro de Sanidad, por razones desconocidas, decidió librar una guerra contra los médicos internos del país y anunció que entraría en vigor un nuevo contrato para ellos (un contrato que, por otro lado, tendría profundas consecuencias en sus condiciones laborales y afectaría de manera directa a la seguridad de los pacientes, algo que ningún médico permitirá nunca). Al constatar la negativa del Gobierno a negociar, y viendo que no quedaba ninguna otra opción viable, los médicos, con reticencias, votaron declararse en huelga.

La maquinaria propagandística del Gobierno británico puso la directa y no se cansó de repetir a la opinión pública que los residentes se declaraban en huelga porque eran avariciosos y que con su conducta estaban secuestrando al país para negociar un aumento salarial, cosa que no podía estar más lejos de la realidad. Puesto que seguían teniendo un trabajo que desempeñar y poco tiempo libre para contrarrestar el retorcido enredo que había montado el Gobierno, los médicos batallaron por hacer llegar a la población su versión de la historia. Y el país decidió tragarse la versión gubernamental. Al final, tomando una decisión sumamente desalentadora, se acabó imponiendo el nuevo contrato.

Fue tan desgarrador presenciar cómo se desarrollaban estos acontecimientos que decidí que quería hacer algo para reequilibrar la balanza, de manera que desempolvé los diarios que había escrito durante mis años como médico. Unos diarios que llevaban media década olvidados en el fondo de un archivador. Tal vez si se mostraba a la ciudadanía la verdad del día a día de un médico, esta entendería lo ridículo de la postura del Gobierno, quién sabe.

Al revisar aquellos apuntes, tanto los divertidos como los triviales, los incontables objetos que hallé en orificios y la absurda y penosa burocracia, recordé las brutales jornadas laborales y el impacto colosal que ejercer de médico interno tuvo en mi vida. Constaté las tensiones y el estrés que ahora se me antojan extremos e irracionales y que en su día sencillamente acepté porque formaban parte de mi trabajo. El sistema sanitario se ha estirado hasta tal punto y padece una infrafinanciación tan acusada que obliga a todos los profesionales de la salud a ir mucho más allá de las obligaciones estipuladas en sus contratos para que el sistema continúe funcionando. Al hojear mis

diarios caí en la cuenta de que no me habría sorprendido encontrar una anotación que dijera: «Acudo a nado a Islandia para visitar a un paciente en la clínica prenatal» u «Hoy me he tenido que comer un helicóptero».

Así que aquí están: redacté estos diarios mientras trabajaba como médico de la salud pública, con sus verrugas genitales y todo. Narran lo que representaba trabajar en primera línea, las repercusiones que tuvo en mi vida personal y cómo, un día horroroso, todo acabó superándome. (Lamento el *spoiler*, pero también vieron *Titanic* sabiendo cómo acaba.)

No se preocupen, en el trayecto, les ayudaré a descifrar la jerga médica y los pondré en antecedentes de lo que significa cada puesto. A diferencia de lo que sucede el primer día de trabajo de cualquier médico interno, no me limitaré a arrojarlos a la piscina y dar por sentado que saben exactamente lo que están haciendo.

RESIDENTE DE PRIMER AÑO

La decisión de trabajar en medicina es, básicamente, como cuando recibes un correo electrónico a principios de octubre pidiéndote que escojas los platos del menú de la cena de empresa de Navidad. Lo más seguro es que elijas el pollo, para curarte en salud, y es más que probable que todo salga bien. Pero ¿qué sucede si alguien comparte en Facebook un vídeo abominable sobre cría intensiva de pollos el día antes y ves cómo les arrancan el pico en masa? ¿Y qué pasa si Morrissey muere en noviembre y, por respeto a él, le das la espalda a una vida que hasta entonces habías consagrado casi por entero a comer carne? ¿Qué ocurre si, de repente, se te declara una alergia mortal a los escalopes? A fin de cuentas, nadie sabe qué le apetecerá cenar dentro de sesenta días.

Los médicos eligen su carrera universitaria antes de cumplir los dieciocho años, antes de tener siquiera la edad legal para enviar una fotografía de sus propios genitales por el móvil. Cuando te sientas y te preparas para las pruebas de acceso universitario, das el pistoletazo de salida a una trayectoria que continuará hasta que te jubiles o te mueras. Y, a diferencia de lo que sucede en la cena de Navidad de la empresa, nadie te cambiará el pollo por sus brochetas de tofu: una vez escoges, es para siempre.

A los diecisiete años, tus motivos para querer ser médico suelen ir en la línea de «Mi padre/mi madre es médico», «Me gusta mucho *Anatomía de Grey*» o «Quiero encontrar una cura para el cáncer». Los motivos uno y dos son ridículos, y el tercero, muy loable, sería

maravilloso si no fuera porque eso lo hacen los científicos que se dedican a la investigación, no los médicos que visitan pacientes. Además, tomarle la palabra a alguien de esa edad es un poco injusto, comparable a considerar documento legalmente vinculante el dibujo de «Quiero ser astronauta» que hiciste a los cinco años.

Por lo que a mí respecta, no recuerdo haber tomado nunca la decisión de estudiar Medicina. Fue más bien la configuración por defecto de mi vida, como el tono de llamada de las marimbas en el móvil o la foto de archivo de una cordillera en el fondo de pantalla del ordenador. Me crié en el seno de una familia judía (aunque, en realidad, a la mayoría de nosotros lo único que nos interesaba de la tradición judía era su gastronomía), estudié en una de esas escuelas que, en esencia, es una especie de máquina de producir médicos, abogados y ministros como churros, y mi padre era médico. Tenía todos los números.

Como las facultades de Medicina reciben diez veces más solicitudes que plazas ofertan, todos los candidatos deben someterse a una entrevista, y solo los que salen airoso frente al jurado obtienen plaza. Se da por sentado que todos los aspirantes tienen una nota de corte altísima, por lo que las universidades basan sus decisiones en criterios no académicos. Y tiene sentido: un médico debe estar psicológicamente preparado para desempeñar su trabajo, debe ser capaz de tomar decisiones bajo una presión aterradora, de dar malas noticias a parientes angustiados y de lidiar con la muerte en su día a día. Y también debe tener algo que ni se aprende de memoria ni puede evaluarse: un buen médico debe tener un corazón inmenso y una aorta dilatada que bombee un inmenso flujo de compasión, amabilidad y empatía humana.

Al menos, eso es lo que se podría pensar. Pero, en realidad, a las facultades de Medicina todo esto les importa un bledo. Ni siquiera comprueban si te mareas cuando ves sangre. En lugar de eso, se centran en tus actividades extraescolares. Su alumno ideal ha sido capitán de dos equipos de deporte, campeón de natación de su municipio, director de la orquesta de jóvenes y del periódico de su instituto. Se trata, pues, de un concurso de popularidad en el que el premio final no es una banda ni una corona. Al buscar el nombre de cualquier médico famoso en la Wikipedia encontramos cosas como:

«Demostró ser un excelente jugador de rugby en las ligas juveniles. Destacó como corredor y, en su último año de carrera, fue cocapitán del equipo de atletismo». Esta descripción en concreto corresponde a Harold Shipman, acusado de matar a 218 pacientes y conocido por ser uno de los peores asesinos en serie de la historia moderna, así que quizá el sistema no sea demasiado fiable.

El caso es que el Imperial College de Londres tomó en consideración el que yo cursara octavo curso de piano y saxofón, así como algunas reseñas de teatro un poco chapuceras que había redactado para la revista del instituto, y decidió que aquello me cualificaba a la perfección para pasarme la vida en hospitales. De manera que en 1998 hice las maletas y me embarqué en un traicionero viaje de diez kilómetros de Dulwich a South Kensington.

Como es fácil imaginar, aprenderse hasta el último detalle de la anatomía y la fisiología del cuerpo humano, así como todos sus posibles fallos y afecciones, es una empresa descomunal. Pero la emoción de saber que algún día sería médico, algo tan trascendental que, literalmente, te cambia el nombre, como si fueras un superhéroe o un delincuente internacional, me impulsó hacia mi objetivo durante aquellos seis largos años.

Y allí estaba yo, convertido en un residente de primer año. De haber acudido a *Saber y ganar* y haber escogido la especialidad de «cuerpo humano», habría sido imbatible. En casa se habrían puesto todos como locos y le habrían gritado a la pantalla por haber escogido un tema demasiado amplio y no haberme decantado por algo como «arterioesclerosis» o «juanetes». Pero se habrían equivocado: la habría clavado.

Había llegado por fin el momento de lanzarme a la palestra, armado con todos aquellos conocimientos exhaustivos, y poner en práctica la teoría. Me moría de ganas. De ahí que me cayera como un cubo de agua fría descubrir que me había pasado un cuarto de mi vida en la facultad de Medicina y no estaba ni remotamente preparado para la existencia del doctor Jekyll y mister Hyde que llevan todos los médicos internos.

Durante el día, el trabajo era llevadero, aunque resultaba aburrido y consumía una cantidad de tiempo demencial. Cada mañana te presentabas para la «ronda de visitas», donde el equipo médico al

completo examinaba sin prisas a cada uno de los pacientes que tenía asignados. Te colocabas en fila detrás del médico, como un patito hipnotizado, asomabas la cabeza por uno de los lados, sin molestar, y anotabas todo lo que decían los médicos tutores: reservar hora para una resonancia magnética, derivar a un paciente a reumatología o preparar un electrocardiograma. Luego te pasabas el resto de la jornada laboral (y normalmente un par de horas extra que nadie te pagaba) realizando docenas o, en ocasiones, centenares de tareas adicionales, como rellenar formularios y hacer llamadas telefónicas. En esencia, era una secretaria con ínfulas, que en realidad no era para lo que yo me había formado, pero bueno.

Por su parte, los turnos de noche lograron que el infierno de Dante pareciera Disneylandia: una pesadilla implacable que me hizo lamentar haber pensado alguna vez que mi educación estaba siendo infrutilizada. Por la noche, los médicos internos residentes reciben un busca y asumen la responsabilidad de todos los pacientes del hospital. ¡De todos y cada uno de ellos! En el turno de noche, los internos residentes de categoría superior y los especialistas están en urgencias examinando pacientes e ingresándolos, mientras los internos se encargan del hospital y dirigen solos el barco, un barco inmenso en el que se ha prendido fuego y que, en realidad, nadie les ha enseñado a capitanear. Te han formado para examinar el sistema cardiovascular del paciente, para conocer la fisiología de los vasos coronarios..., pero ser capaz de detectar todos los síntomas y las señales de un ataque al corazón es muy distinto de gestionar uno la primera vez que te enfrentas a la situación.

El busca te manda de sala en sala, de enfermero en enfermero, de urgencia en urgencia. No se acaba nunca, no deja de sonar en toda la noche. Tus colegas más experimentados están atendiendo pacientes en urgencias, con problemas concretos como neumonías o piernas fracturadas. Tus pacientes presentan urgencias similares, pero, además, ya están hospitalizados, lo que significa que antes de eso ya les pasaba algo. Te enfrentas a una ensalada variada de síntomas, aliñada con afecciones y servida sobre un lecho de enfermedades. Así, acabas con un paciente con neumonía al que hospitalizaron por un fallo renal o con un paciente que se ha roto la pierna al caerse de la cama mientras tenía otro ataque epiléptico. Te conviertes en un

departamento de urgencias unipersonal, móvil y sin formación suficiente, empapado en fluidos corporales (y no de los divertidos), obligado a revisar un torrente infinito de pacientes con enfermedades graves que doce horas antes tenían a todo un equipo médico ocupándose de ellos. Y de repente darías un ojo por ser un ejecutivo con una jornada de dieciséis horas o, lo ideal, por tener un empleo intermedio que no esté ni muy por debajo ni muy por encima de tus capacidades.

O te hundes o sales a flote, y tienes que aprender a nadar porque, de lo contrario, una tonelada de pacientes naufragarán contigo. Yo, en realidad, lo encontraba perversamente estimulante. Por supuesto que había que trabajar duro, que el horario rayaba lo inhumano y que vi cosas que siguen lacerándome la retina hoy en día, pero era médico.

Martes, 3 de agosto de 2004

Día uno. H3 me ha preparado un *tupper* para mediodía. Tengo un estetoscopio⁴ nuevo, una camisa nueva y una dirección de correo electrónico nueva: atom.kay@nhs.net. ¿Atom? Me reconforta saber que, al margen de lo que suceda hoy, nadie podrá acusarme de ser la persona más incompetente del hospital. Porque, en caso de serlo, siempre puedo echarle la culpa al tal Atom Kay.

Saboreo el potencial de esta anécdota para romper el hielo, pero más tarde, en el bar, mi amiga Amanda la supera con creces. Amanda se apellida Saunders-Vest y han escrito su nombre como si «guion» formara parte de su apellido, de manera que su dirección de correo electrónico es: amanda.saundersguionvest@nhs.net.

Miércoles, 18 de agosto de 2004

El paciente OM es un técnico de calefacciones jubilado de setenta años, vecino de Stoke-on-Trent. Pero, esta noche, señoras y señores, va a convertirse en un profesor alemán excéntrico con un acento poco convincente. Y no solo esta noche, sino también las mañanas, las

tardes y todos los días que pase hospitalizado, debido a la demencia que padece, exacerbada por una infección del tracto urinario.⁵

La rutina preferida del profesor OM es perseguirnos durante la ronda de visitas por el hospital con su camión de enfermo del revés, como si fuera un abrigo blanco (y con poca ropa interior, por si a alguien le apetece una salchicha para desayunar), e intervenir con un: «¡En efecto!», un «¡Correcto!» o alguno que otro «¡Es usted un genio!» cuando un médico dice algo.

Durante las rondas de los especialistas y de los médicos adjuntos, lo acompaño a su cama de inmediato y me aseguro de que el personal de enfermería lo mantenga arropado durante un par de horas. Pero en mis rondas en solitario le dejo que se me pegue como una lapa. No tengo muy claro lo que estoy haciendo y, aunque lo tenga, no acabo de confiar en mí, de manera que me viene bien contar con un animador alemán entrado en años que vocifera a mis espaldas «¡Brillante!» de vez en cuando.

Hoy se ha pegado un buen leñazo, así que, por desgracia, he tenido que retirarlo del servicio activo.

Lunes, 30 de agosto de 2004

La cantidad de anécdotas sobre pacientes que recopilamos compensa la falta de tiempo libre. Hoy, en la leonera,⁶ a la hora de comer, hemos estado intercambiando anécdotas sobre «síntomas» sin sentido que nos han explicado los pacientes. Entre todos, en las últimas pocas semanas, hemos visto a pacientes a quienes les picaban los dientes, pacientes que han experimentado una repentina «mejora» de la audición y pacientes que experimentaban dolor en un brazo durante la micción. Cada caso provoca su correspondiente oleada de carcajadas educadas, como el discurso de un dignatario local en una ceremonia de graduación. Cada comensal comparte su versión de las historias de fantasmas que se cuentan alrededor de las hogueras en los campamentos hasta que le llega el turno a Seamus. Seamus nos cuenta que ha atendido a una persona en urgencias esa misma mañana que creía que solo sudaba por la mitad de la cara.

Se recuesta a la espera de que todos nos partamos de la risa, pero lo único que se oye es silencio. Entonces, casi todos decimos al unísono: «¿Tenía síndrome de Horner?». Seamus nunca ha oído hablar de ese síntoma y, lo que es más importante: desconoce que suele indicar la existencia de un tumor en el pulmón. Echa hacia atrás su silla con un chirrido que nos rasga los oídos y sale disparado a hacer una llamada telefónica para pedirle al paciente que regrese al hospital. Me acabo su chocolatina.

Viernes, 10 de septiembre de 2004

Me percató de que los gráficos de observación de todos los pacientes de la planta indican 60 pulsaciones por minuto. Decido comprobar discretamente la técnica de medición del enfermero: les toma el pulso a los pacientes mientras mira el reloj y cuenta religiosamente el número de segundos por minuto.

Domingo, 17 de octubre de 2004

Tengo que reconocerme un mérito: no he entrado en pánico cuando el paciente al que estaba explorando en el consultorio se ha puesto a expulsar de repente una cantidad ingente de sangre por la boca y sobre mi camisa. Pero ahí concluye mi mérito, porque no tenía ni pajolera idea de qué hacer. Le he pedido a la enfermera más cercana que fuera en busca de Hugo, mi tutor, que estaba en la sala contigua y, mientras tanto, le he puesto una Venflon⁷ al paciente y le he administrado unos cuantos fluidos. Hugo ha llegado antes de que me diera tiempo a hacer nada más, lo cual ha sido de suma utilidad porque, llegados a ese punto, se me habían agotado las ideas. ¿Buscar la llave de paso del paciente? ¿Meterle montones de papel de cocina por el cuello? ¿Añadirle unos picatostes y afirmar que era gazpacho?

Hugo ha diagnosticado varices esofágicas,⁸ un diagnóstico sensato teniendo en cuenta que el paciente tenía el color de Homer Simpson (el del principio de la serie, cuando el contraste era mucho más extremo y todos los personajes parecían una pintura rupestre), y

ha intentado controlar la hemorragia con un tubo de Sengstacken.⁹ Mientras el paciente se revolvía, resistiéndose a que le metieran aquella cosa por la garganta, lo ha puesto todo perdido de sangre: las paredes, las cortinas, el techo, a Hugo y a mí. Ha sido como en una película *gore*. El sonido ha sido lo peor. Cada vez que aquel pobre hombre respiraba, se oía cómo se le encharcaban los pulmones de sangre y se ahogaba.

Para cuando hemos conseguido por fin insertarle el tubo, ya había dejado de sangrar. Al final, siempre se deja de sangrar, y en este caso ha sido por la razón más triste que existe. Hugo ha certificado la muerte del paciente, ha redactado el informe pertinente y le ha dicho a la enfermera que se lo comunicara a la familia. Estábamos empapados en sangre; en silencio, nos hemos cambiado y nos hemos puesto la ropa desechable limpia con la que hemos cubierto el resto del servicio. Ahí está, la primera muerte que presencio y no ha podido ser más espantosa. No ha tenido nada de romántico ni de bello. Ese sonido. Hugo me ha pedido que lo acompañara afuera para fumar un cigarrillo: ambos estábamos desesperados por fumar después de aquello. Y yo no había fumado nunca antes.

Martes, 9 de noviembre de 2004

El busca me ha despertado a las tres de la madrugada, durante mi primera media hora de sueño en los últimos tres turnos, para que acudiera a recetarle un somnífero a una paciente, cuyo sueño es, a todas luces, mucho más importante que el mío. Tengo más poder del que pensaba: cuando he llegado a la sala, la paciente ya estaba dormida.

Viernes, 12 de noviembre de 2004

Los resultados de los análisis de sangre de una paciente indican que tiene coágulos por todas partes, sin motivo aparente. Hugo ha descubierto finalmente la causa. La paciente ha estado tomando unas de esas cápsulas que se venden en las tiendas de comida saludable

para tratarse la ansiedad. Hugo le ha explicado a la paciente (y la verdad es que yo tampoco lo sabía) que esas cápsulas interactúan con el metabolismo de la warfarina, así que es probable que los coágulos desaparezcan si deja de tomarlas. La paciente se muestra sorprendida: «Pensaba que solo eran hierbas. ¿Cómo pueden ser malas para la salud?».

Al oír las palabras «solo eran hierbas», me ha parecido que la temperatura de la sala caía unos cuantos grados y Hugo ni siquiera se ha molestado en disimular su suspiro de hartazgo. Es evidente que no es la primera vez que libra este combate.

«El hueso del albaricoque contiene cianuro —responde con sequedad—. El hongo de la muerte presenta un índice de mortalidad del cincuenta por ciento. “Natural” no es sinónimo de “seguro”. Tengo una planta en el jardín que le provocaría la muerte con solo pasar diez minutos debajo de ella.» Trabajo concluido: la paciente tira a la basura las pastillas.

Más adelante, mientras practicamos una colonoscopia, le pregunto de qué planta se trata: «Del nenúfar».

Lunes, 6 de diciembre de 2004

Nos han solicitado a todos los residentes de primer año que firmemos un documento en el que renunciamos a regirnos por la Directiva Europea de la Jornada Laboral porque nuestros contratos la incumplen.¹⁰ Esta semana he visto a H menos de dos horas y he trabajado un total de noventa y siete. «Incumplir» es una manera suave de decirlo. Mi contrato ha agarrado a la directiva, la ha sacado a rastras de la cama gritando en plena noche y la ha arrojado por la borda.

Jueves, 20 de enero de 2005

Querido camello:

So cabrón. Las últimas noches hemos tenido que ingresar a tres hombres y mujeres jóvenes, todos ellos secos como la mojama, porque, básicamente, se les había desplomado la tensión y tenían los electrolitos por las putas nubes.¹¹

La única conexión entre estos individuos es que recientemente habían consumido cocaína. Al margen de los riesgos asociados de ataque al corazón y deterioro del tabique nasal, el consumo de cocaína no causa este efecto en las personas. Estoy bastante seguro de lo que está pasando (y, si acierto, quiero un Premio Nobel o, como mínimo, una medalla al mérito por haberlo deducido): has estado cortando tu mercancía con la furosemida de tu abuela.¹²

Aparte de que me estás amargando las noches y haciéndome malgastar camas, mandar a tus clientes al hospital no me parece una táctica comercial especialmente inteligente. Hazme el favor y ten la delicadeza de cortar la cocaína con tiza como todo el mundo.

Atentamente,
Doctor Adam Kay

Lunes, 31 de enero de 2005

Anoche salvé una vida. Me sonó el busca para acudir a examinar a un señor de sesenta y ocho años que estaba ingresado y que se hallaba lo más cerca de las puertas de la muerte que se puede estar: ya había llamado al timbre y san Pedro se asomaba a la puerta para abrirle. Su saturación de oxígeno¹³ era del setenta y tres por ciento (y sospecho que si yo no hubiera sabido que la máquina estaba estropeada y hubiese ido a comprarme una chocolatina, que era lo que me apetecía en ese momento, habría llegado demasiado tarde).

Ni siquiera tuve tiempo de revisar mentalmente los pasos a seguir: me limité a realizar acción tras acción en un modo de piloto automático que desconocía que tenía. Aplicar oxígeno, acceso intravenoso, análisis de sangre, gases sanguíneos, diuréticos, catéter. El paciente empezó a reanimarse casi de inmediato y, así, como cuando haces *puenting*, el cable elástico rebotó justo antes de que el paciente se estrellara contra el suelo. Lo siento, Parca, esta noche habrá un comensal menos en la cena que habías organizado. Para cuando llegó Hugo, me sentía como Superman.

Acabo de darme cuenta de que es la primera vez en mis cinco meses de profesión médica que le salvo la vida a un paciente, y es una sensación extraña. Todo el mundo imagina que los médicos nos pasamos la vida dando vueltas por el hospital realizando actos

heroicos de manera rutinaria; al principio, incluso yo lo daba por sentado. Pero lo cierto es que, aunque a diario se salvan docenas o incluso centenares de vidas en los hospitales, la mayoría de las veces la cosa se debe a un discreto trabajo en equipo. No lo hace un solo médico con una única acción, sino que responde a un plan sensato que lleva a cabo un número determinado de colegas, que comprueban en cada fase que el paciente esté mejorando y, en caso contrario, modifican el plan.

Sin embargo, en ocasiones, la acción de una sola persona sí consigue salvar una vida y hoy, por primera vez, yo he sido esa persona. Hugo parece feliz, o al menos tan feliz como es capaz de ser: «Genial. Le acabas de alargar la vida un par de semanas». Por muy superhéroe que sea, no se me pueden pedir milagros.

Lunes, 7 de febrero de 2005

Mi traslado a cirugía¹⁴ ha sido recompensado con mi primera lesión con avulsión.¹⁵ El paciente WM tiene dieciocho años y estaba de fiesta con unos amigos. Tras pasar la noche de juerga, acabó bailando sobre la marquesina de una parada de autobús y luego decidió descender al suelo usando una farola que le quedaba a mano como barra de bombero. Se agarró a ella y empezó a deslizarse abrazándola como un koala. Por desgracia, no tuvo en cuenta el tacto de la farola y el descenso no fue todo lo suave que había previsto, sino una caída repentina al notar que se estaba abrasando las manos con la textura granulada del poste, y que dolía a rabiar. Así que se presentó a urgencias con graves rozaduras en las palmas de las manos y el pene en carne viva.

He visto muchos penes a lo largo de mi breve tiempo en urología (y antes), pero este es sin duda el peor que me he encontrado. Habría merecido una escarapela si hubiera habido algún lugar donde prendérsela. Unos cinco centímetros de uretra revestidos por una fina capa de pulpa ensangrentada, con un diámetro total aproximado de medio centímetro. Me ha recordado a los restos de espagueti con tomate que quedan en el fondo de un cuenco al acabar de comer. Es comprensible que WM estuviera irritable. Algo que solo ha empeorado

cuando se le ha ocurrido preguntar si era posible «reconstruirle» la piel del pene. El señor Binns, el especialista, le ha explicado con mucha calma que su «piel» estaba esparcida en aquella farola de dos metros y medio del oeste de Londres.

Lunes, 21 de febrero de 2005

Redacto el informe de alta hospitalaria de una paciente después de practicarle una laparoscopia.¹⁶ Le doy una baja de dos semanas. Me ofrece diez libras si le doy la baja durante un mes. Me río, pero ella habla en serio. Aumenta su oferta a quince libras. Le sugiero que acuda a su médico de cabecera si después de quince días aún no se siente preparada para reincorporarse al trabajo.

Si de verdad creen que me pueden sobornar con esa cantidad, está claro que tengo que empezar a vestir con un poco más de elegancia. De camino a casa me pregunto cuánto habría tenido que ofrecerme para que le dijera que sí. Es deprimente, pero sitúo la cifra en torno a las cincuenta libras.

Lunes, 14 de marzo de 2005

Salgo a cenar con H y unos amigos a una pizzería con paredes de ladrillo visto, demasiado neón, menús en tablillas con sujetapapeles de clip, un sistema de pedido de una complejidad innecesaria y personal prácticamente reducido a cero. Te entregan un posavasos que pita y vibra cuando tu pedido está listo, momento en el que te toca caminar sobre un suelo de azulejos desparejados con mucho arte para ir a recoger tu pizza de manos de un camarero que no muestra ningún interés, porque sabe que nadie pide que le descuenten jamás el sueldo de los camareros del precio de la cena, por más que en realidad nadie te sirva.

Suena el dispositivo. Exclamo: «¡Mierda!» y me pongo en pie de un brinco por acto reflejo. Y no es que esté especialmente entusiasmado ante la idea de degustar mi pizza cuatro estaciones, es que el maldito cacharro suena exactamente igual que mi busca del

hospital. H me toma el pulso: estoy a 95 pulsaciones. El trabajo me ha provocado síndrome de estrés postraumático.

Domingo, 20 de marzo de 2005

Hay algo peor que dar una mala noticia del tipo «Creemos que es cáncer» o «Hemos hecho todo lo que hemos podido». Nada te prepara para decirle a la hija de un paciente que el enfermo de la cama contigua a la de su padre se había sentido muy agitado y confuso durante la noche, que había confundido a su padre con su esposa y que, por desgracia, para cuando las enfermeras habían oído el bullicio y habían acudido a comprobar qué sucedía, ya era demasiado tarde: el paciente estaba montado a horcajadas encima de su padre y le había eyaculado en la cara.

«Al menos..., la cosa no ha pasado de ahí», ha dicho la hija, en una demostración ejemplar de intentar encontrar el lado positivo de las cosas.

Lunes, 11 de abril de 2005

Estamos a punto de trasladar a un niño de diez años de urgencias al quirófano para intervenirle de una perforación de apéndice. Colin, un médico adjunto que es un encanto, me acaba de dar una clase magistral sobre cómo tratar con una madre preocupada: le explicas todo lo que le pasa a su hijo en la barriga, lo que vamos a hacer para solucionarlo, cuánto tardaremos y cuándo le daremos el alta para regresar a casa. Intento asimilar su método. Se trata de proporcionar la cantidad exacta de información, de manera que sepa lo que sucede, pero sin que se sienta abrumada por los datos, y exponerlo todo con el debido nivel, sin demasiada jerga y sin ser nunca condescendiente. Pero, por encima de todo, se trata de ser profesional y amable.

La expresión de la mujer se relaja por segundos y noto cómo la angustia abandona su cuerpo como si fuera un espíritu maligno o un viento atrapado. Es hora de llevar al niño a la planta de arriba; Colin asiente a la mujer con la cabeza y le dice: «¿Un beso antes de que entre en quirófano?». Ella se inclina hacia Colin y le da un beso en la mejilla.

A continuación, nos llevamos de allí a su orgullo y a la fuente de su felicidad en la camilla, con la mejilla tristemente seca.

Martes, 31 de mayo de 2005

Hace tres noches ingresé en el hospital al paciente MJ, un vagabundo de unos cincuenta años con una pancreatitis aguda. Era la tercera vez que lo ingresábamos con pancreatitis aguda desde que empecé a trabajar. Le aliviamos el dolor con unos analgésicos y le pusimos fluidos intravenosos: estaba dolorido y abatido.

—Al menos dormirá en una cama calentita unas cuantas noches — le dije.

—¿Está de broma? —replicó—. Aquí voy a agarrar un maldito virus incurable.

Cuando las calles tienen reputación de estar más limpias que los pasillos de los hospitales es que algo va mal.

No me gusta pontificar, pero soy médico, e intentar evitar que un paciente muera forma parte de mi trabajo, así que le recordé que estaba ingresado a causa del alcohol¹⁷ y que, aunque no pudiera convencerlo de que dejara de beber (no puedo), al menos podía pedirle que se abstuviera hasta que le diéramos el alta hospitalaria, cosa que ayudaría mucho. Así que estaría bien que dejara en paz los dispensadores de gel hidroalcohólico para las manos, para variar.

Retrocedió como si acabara de acusarlo de incesto entre gemelos y me aseguró que, por supuesto, él nunca haría algo así: hace poco cambiaron la composición y ahora tiene un sabor muy amargo. Me atrajo hacia sí para susurrarme al oído que, en nuestro hospital, sale más a cuenta chupar toallitas desinfectantes, y luego me dio una palmadita de complicidad en el brazo, como diciéndome: «Invito yo». Esta noche él mismo se ha dado el alta para regresar «a casa», pero sin duda estará de regreso en unas semanas.

Como es tradición, celebro el final de nuestra ronda del turno de noche con mi tutor: tomamos un desayuno que nos reanime y una botella de vino blanco en el Vingt-Quatre. Los turnos de noche son, en esencia, una zona con un huso horario distinto al del resto del país, de manera que, aunque sean las nueve de la mañana, no puede decirse

que el desayuno sirva para quitarse las legañas, sino que más bien es la última copa antes de irse a dormir. Mientras nos sirvo el vino, se oye un golpecito en la ventana del restaurante. Es MJ, que se ríe a carcajadas antes de lanzarme su mejor mirada cómplice («¡Lo sabía!»). Decido que la próxima vez me sentaré más lejos de la ventana. O le daré un lametazo a una toallita impregnada en alcohol en los vestuarios.

Domingo, 5 de junio de 2005

Sería injusto tildar a todos los cirujanos de traumatología de neandertales rompehuesos basándonos solo en que el 99 por ciento de ellos se ajuste a esa descripción, pero confieso que se me encoge el corazón cada vez que me suena el busca por la noche para que acuda a su planta.

En lo que llevo de fin de semana he visitado a dos de sus pacientes. Ayer: un hombre con fibrilación auricular¹⁸ después de una cirugía por fractura del cuello femoral. Veo que la FA ya aparecía en el electrocardiograma que le hicieron al ingresarlo, algo que el equipo de admisión pasó por alto, pero que explicaría que el paciente acabara despatarrado en el suelo de un H&M. Me dan ganas de dar una conferencia en el departamento de traumatología titulada: «A veces las personas se caen con razón».

Hoy me han pedido que fuera a examinar a un paciente de veinte años cuyos análisis sanguíneos revelaban una función renal anormal. Tiene los dos brazos escayolados enteros, como si fuera un malo de *Scooby Doo*. No tiene gotero para los fluidos y el vaso de agua que hay junto a la mesilla de noche está intacto, pues la física (ni aunque él le pusiera toda la voluntad del mundo) le ha impedido tocarlo durante el último par de días. Prescribo fluidos intravenosos al paciente, aunque sería más eficiente recetarles un poco de sentido común a algunos de mis colegas.

Martes, 7 de junio de 2005

Atendiendo las urgencias de las distintas plantas, extraigo un «objeto extraño» del recto de un paciente. Hace menos de un año que soy médico y es el cuarto objeto que retiro de un recto..., al menos profesionalmente.

Mi primera vez fue con un apuesto joven italiano que acudió al hospital con gran parte de una escobilla de baño en su interior (con el cepillo por delante), que regresó a casa con una bolsa de colostomía. Su corpulenta madre italiana nos dio las gracias de un modo sorprendente para los británicos, elogiando a todos los miembros del personal que conoció por salvarle la vida a su hijo. Rodeó con el brazo al joven que acudió al hospital con su vástago, y que era igual de guapo que él. «¡Gracias a Dios que su amigo Philip estaba en la habitación de invitados y pudo llamar a la ambulancia!»

La mayoría de estos pacientes padecen el síndrome de Eiffel («¡Me caí, doctor! ¡Me caí!») y su inventiva a la hora de explicar cómo los objetos llegan a determinadas partes puede alcanzar las proporciones de un rascacielos (pensándolo bien, es cuestión de tiempo que alguien intente sentarse en la torre de Foster de Londres, conocida popularmente como el «pepinillo»). Pero hoy ha sido la primera vez que me he creído la historia del paciente: un incidente verosímil y doloroso con un sofá y un mando a distancia que, al menos, me ha hecho fruncir el ceño y pensar: «Bueno, supongo que podría pasar». Sin embargo, al extraerle el mando a distancia en el quirófano, hemos apreciado que llevaba puesto un condón, así que tal vez no haya sido del todo un accidente.

Jueves, 16 de junio de 2005

Le he dicho a un paciente que su resonancia magnética no podía programarse hasta la semana próxima y él me ha amenazado con romperme las piernas. Mi primer pensamiento ha sido: «Bueno, así me tomo dos semanas de baja». He estado a un tris de ir a buscarle un bate de béisbol.

Sábado, 25 de junio de 2005

Me han llamado para certificar la muerte¹⁹ de un paciente anciano: estaba muy enfermo, era prácticamente imposible reanimarlo, así que no ha sido ninguna sorpresa. La enfermera me lleva al box y me presenta a la esposa del paciente, a la que técnicamente no podemos llamar viuda hasta que yo certifique oficialmente que su marido está muerto. La naturaleza se encarga de la parte más dura, pero yo tengo que firmar el formulario.

Le doy el pésame a la esposa y le sugiero que aguarde fuera mientras me ocupo de ciertas formalidades, pero me dice que prefiere quedarse. No estoy seguro de por qué, y tengo la sospecha de que ella tampoco. Quizá cada momento con él sea importante, por más que él ya no esté con nosotros, o quizá desee comprobar que no soy uno de esos médicos sobre los que ha leído en los tabloides, que les hacen cosas inenarrables a los difuntos. Por el motivo que sea, y tanto si me gusta como si no, ha decidido quedarse a ver el espectáculo.

He certificado tres muertes antes, pero esta es la primera vez que tengo público. Me da la sensación de que debería ofrecerle un aperitivo. Es evidente que la mujer no es consciente de lo tenso, silencioso y prolongado que va a ser el espectáculo de esta noche, más parecido a una obra de teatro del absurdo que a un musical del West End.

Confirmando la identidad del paciente cotejándola con la de la pulsera hospitalaria, compruebo si respira y que no haya respuesta a estímulos verbales o físicos. Le tomo el pulso en la carótida, verifico con una linterna que tenga las pupilas fijas y dilatadas. Miro el reloj y escucho con el estetoscopio si se oye algún sonido en el corazón en un plazo de dos minutos. Luego ausculto en busca de sonidos en los pulmones durante otros tres minutos. Calificarlo de «excesivo» tal vez parezca exagerado, pero cinco minutos de reloj pueden ser un tiempo extraordinariamente largo cuando uno permanece de pie inmóvil bajo una intensa luz blanca, con el estetoscopio pegado al pecho de un hombre que está definitivamente muerto, bajo la atenta mirada de su afligida esposa. Por eso solemos invitar a los parientes a abandonar la estancia durante esta fase.

Entiendo por qué nos tomamos el rato necesario para asegurarnos: es una especie de ultimátum a la muerte.²⁰ La casi viuda me pregunta una y otra vez si estoy bien (no sé si cree que estoy

demasiado disgustado para moverme o que se me ha olvidado lo que tengo que hacer en el proceso de certificación de una muerte), pero cada vez que me dice algo me sobresalto como..., bueno, como un médico que oye un ruido mientras ausculta atentamente el tórax de un cadáver.

Una vez me despego del techo y me recompongo, le confirmo la triste noticia y documento mis constataciones. Han sido, sin dudarlos, cinco minutos agónicos, pero, si no me va bien en esto de la medicina, ahora sé que solo necesito una caja y algo de pintura para ganarme la vida como estatua humana en Covent Garden.

Martes, 5 de julio de 2005

Intento calcular el consumo de alcohol de una señora de setenta años para anotarlos en el historial. Ya he determinado que lo suyo es el vino.

Yo: «¿Cuánto vino diría que bebe usted al día?».

Paciente: «Unas tres botellas en un día bueno».

Yo: «De acuerdo... ¿Y en un día malo?».

Paciente: «En un día malo solo una».

Jueves, 7 de julio de 2005

Atentados terroristas en varios puntos de Londres, se declara un incidente grave, se solicita a todos los médicos que se presenten en urgencias.

Yo me he encargado de las rondas en el ala de cirugía y de dar el alta a cualquier paciente cuya vida o extremidad no corriera peligro inmediato, para despejar los quirófanos para las personas heridas en los atentados. Parecía una quitanieves con un estetoscopio, desalojando a cualquiera que pareciera remotamente que le estaba «echando cuento», salvo a los que perdían el conocimiento o expectoraban sangre. Me he deshecho de centenares de capullos que ocupaban camas innecesariamente.

Miércoles, 13 de julio de 2005

El hospital no ha recibido ningún herido y, al no tener pacientes, prácticamente no he tenido trabajo durante una semana.

Sábado, 23 de julio de 2005

Este fin de semana es la despedida de soltero de mi mejor amigo, Ron, y he tenido que decir que no iba con apenas cuatro horas de antelación. Es un incordio por un millón de motivos. Para empezar, se trataba de una fiesta muy selecta y reducida, solo amigos; además, ya teníamos las camisetas personalizadas y, para acabarlo de rematar, ahora quedan descuadrados para formar los equipos de *paintball* y me he gastado cuatrocientas puñeteras libras en una juerga a la que no iré.

En un principio, me tocaba trabajar, pero conseguí realizar un cambio a cuatro bandas: A cubría mi turno, B cubría el turno de A, C cubría el turno de B y yo cubría el turno de C; podría decirse que, desde el principio, todo ha sido un poco precario, como comprarse una casa en el Carrefour. Y ahora, el hijo real o imaginario de C (a quien apenas conozco) tiene problemas reales o imaginarios de salud, de manera que estoy en el hospital en lugar de bailando la conga hasta las cejas de tequila.

A quienes no ejercen la medicina²¹ les cuesta entender que, en realidad, no ayuda que nos notifiquen las cosas con mucha antelación: una antelación de más de dos meses implica que aún no contamos con la hoja de rotaciones. Compró una botella de whisky que no me puedo permitir (a pesar de la voz que repite insistentemente en mi cabeza: «tampoco nos volvamos locos») y pido que la entreguen en el piso de Ron para cuando vuelva, junto con mis más sinceras disculpas. Acordamos hacer una despedida de soltero mano a mano dentro de quince días, después de mi turno de noche, y cuando haya dejado atrás los tres turnos extras a los que me apunté para pagar los costes del fin de semana que me estoy perdiendo.

Viernes, 29 de julio de 2005

Me paso todo el turno de noche con la sensación de que tengo una vía de agua en mi barco y que lo único que tengo a mano para achicarla son las manos de una Barbie.

Solventar cada uno de los casos de los que me alerta el busca lleva al menos quince minutos y tengo un aviso nuevo cada cinco minutos, así que no me salen las cuentas. El médico adjunto y el especialista están liadísimos en urgencias, de manera que doy prioridad a los pacientes que suenan más enfermos y me quito de encima a las enfermeras que me llaman para otros asuntos.

«Lo lamento muchísimo, pero tengo un montón de pacientes mucho más urgentes —digo—. Siendo realistas, tardaré unas seis horas.» Algunas lo entienden y otras reaccionan como si les acabara de decir: «Vete a la mierda, estoy en medio de una maratón de *Ally McBeal*». Voy corriendo de dolor en el pecho en septicemia y de fibrilación auricular en asma aguda durante toda la noche, como si estuviera participando en una especie de decatión médica, y no sé cómo, pero consigo que todo el mundo sobreviva.

A las ocho de la mañana, una de las enfermeras de la noche me llama para decirme que lo he hecho muy bien y que cree que soy un buen médico novato. Paso por alto lo de «novato» porque estoy bastante seguro de que es la primera vez que alguien me hace un cumplido desde que empecé a trabajar. No se me ocurre qué decir, pero le balbuceo un gracias. En medio de la confusión, me despido con un: «Te quiero. Adiós». En parte es por el agotamiento y en parte porque mi cerebro está confundido: normalmente H es la única persona que me dice cosas agradables. Pero en parte también es porque, en ese momento, realmente la he querido por decirme eso.

RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO

En agosto de 2005 pasé a ser médico interno residente de segundo año. Como es obvio, seguía siendo un principiante, porque solo llevaba doce meses desempeñando mi profesión y, la verdad, no sé si el hecho de decirles a los pacientes que era un residente de segundo año los tranquilizaba de alguna manera ante el hecho de que un individuo de veinticinco años estuviera a punto de abrirles el abdomen con un bisturí. Pero sí sirvió para darme una inyección de ánimo y evitar que saltara desde la azotea del hospital la primera vez que vi mi nueva lista de tareas. Sería inadecuado llamarlo ascenso, porque el paso a residente de «segundo año» se produce de manera automática pasados doce meses, como cuando pasas de curso. En cuanto al sueldo, tampoco se alejaba tanto de lo que se gana vendiendo hamburguesas.²²

Creo que es técnicamente posible suspender el primer año de residencia y que te obliguen a repetirlo, pero yo no conozco ningún caso (y eso que entre mis amistades figura alguien que se acostó con una paciente en una sala de guardia y otra persona que se distrajo y le recetó penicilina en lugar de paracetamol a un paciente alérgico a la penicilina, ambos en su primer año de residencia y ambos sin consecuencias. Así que solo Dios sabe qué hay que hacer para que te suspendan).

Una vez te conviertes en residente de segundo año es cuando tienes que decidir cuál será tu especialidad. Si eliges medicina de familia, permanecerás en el hospital un par de años y ayudarás en urgencias, medicina general y pediatría antes de que te trasladen a un

ambulatorio y te regalen un par de coderas y un ceño fruncido de por vida. Si, en cambio, te decantas por elegir especialidad, hay multitud de caminos por los que lanzarse ciegamente. Si te apetece ser cirujano, puedes elegir desde colorrectal hasta cardiotorácica, neurocirugía o traumatología. (La traumatología se reserva principalmente para el equipo de rugby de la facultad de Medicina [se trata de poco más que serrar y clavar], y sospecho que quienes la eligen, en lugar de firmar, empapan su mano en tinta y estampan una huella palmar.)

Si no te apetece ensuciarte las uñas, puedes elegir cosas como la geriatría,²³ la cardiología, la neumología o la dermatología (que puede ser nauseabunda, sí, pero que te permite disfrutar de una vida relativamente fácil; las veces que han despertado a alguien por una emergencia dermatológica pueden contarse con los dedos de una mano con eccema). Además, hay un puñado de especialidades a medio camino entre la medicina interna y la cirugía, como la anestesiología, la radiología o la obstetricia y ginecología.

Yo escogí obstetricia y ginecología, o «mocosos y coños», que es como la llamaban simpáticamente en mi facultad de Medicina. Había hecho mi tesina sobre esta materia, de manera que empezaba con cierta ventaja, siempre y cuando me formularan preguntas acerca de las secuelas neonatales tempranas en hijos de madres con síndrome fosfolipídico, cosa que nunca hicieron, no sé por qué. Lo que me gustaba de la obstetricia es que acabas con el doble de pacientes con los que empiezas, lo que normalmente constituye una buena media en comparación con otras especialidades. (Sí, estoy hablando de vosotros, geriatras.) También recordaba que uno de los médicos adjuntos que me tutorizó durante mi formación práctica me había dicho que había escogido obstetricia y ginecología porque era fácil. «La sala de partos consiste, literalmente, en cuatro cosas: cesáreas, fórceps, ventosa y suturar los estropicios que has causado.»²⁴

También me gustaba el hecho de que fuera una mezcla de medicina y cirugía (mi trabajo como residente me había demostrado que más me valía no centrarme en ninguno de los dos campos en exclusiva). Esta especialidad me brindaría la posibilidad de trabajar en clínicas de fertilidad y en salas de partos, y ¿qué mejor uso y más gratificante podía dar a mi formación que traer bebés al mundo y ayudar a parejas que no podían concebirlos de otro modo? Por

descontado que sería un trabajo difícil de gestionar emocionalmente cuando las cosas no salieran bien (no todas las cigüeñas aterrizan felizmente), pero, por desgracia, la profundidad de los valles es el precio que se paga por la altura de los picos.

Además, resultaba que había descartado todas las demás especialidades sin pensármelo dos veces: demasiado deprimente, demasiado difícil, demasiado aburrida, demasiado asquerosa... Obstetricia y ginecología era lo único que me estimulaba, una carrera que verdaderamente me apetecía hacer.

Resultó que tardé meses en tomar una decisión definitiva, aceptarla y presentar la solicitud. Creo que el motivo de mis dudas es que no había tomado ninguna decisión vital importante desde que había elegido matricularme en la facultad de Medicina a los dieciocho años, y esa estuvo dictada, principalmente, porque me impresionaban los tipos con melenas rizadas del sindicato de estudiantes. A los veinticinco años fue la primera vez que tuve que tomar una decisión de verdad en el libro *Elige tu propia aventura* de mi vida. Y no solo tuve que aprender a decidir, sino que, además, tenía que asegurarme de que fuera la correcta.

Si eliges los fórceps, pasa a la página siguiente.

Lunes, 8 de agosto de 2005

Primera semana en la maternidad. Me llama la comadrona porque la paciente DH no se encuentra bien tras haber dado a luz a un bebé sano. A nadie le gustan los listillos, pero no hace falta ser Colombo ni Jessica Fletcher ni los inquilinos del número 221b de Baker Street para ver que, probablemente, la paciente no se «encuentra bien» a causa de los litros de sangre que manan a borbotones de su vagina sin que nadie se haya percatado. Pulso el botón de emergencia y espero que aparezca alguien más útil. Intento tranquilizar a la paciente, sin demasiada convicción, diciéndole que todo va a salir bien, mientras ella sigue pintarrajeándose las piernas con chorros de sangre.

El adjunto sénior entra corriendo, realiza un tacto vaginal y retira el trozo de placenta que estaba ocasionando el problema.²⁵ Una vez

extraída la placenta y después de administrarle varias bolsas de sangre, la paciente se encuentra perfectamente.

Acudo al vestuario a cambiarme de pantalones. Es la tercera vez en una semana que se me empapan los calzoncillos con sangre de otra persona y no he tenido más remedio que quitármelos y seguir el turno sin ropa interior. A quince libras por calzoncillo Calvin Klein, creo que trabajar no me sale a cuenta.

Esta vez la sangre ha calado más de lo normal y me sorprende lavándome el pene para retirarla. No sé qué es peor: la constatación de que podría haber contraído el VIH o saber que ninguno de mis amigos se creería nunca que fue así.

Sábado, 27 de agosto de 2005

Se me acerca un residente de primer año para que acuda a echar un vistazo a una paciente posquirúrgica que no ha orinado en las últimas nueve horas.²⁶ Le digo que yo no he orinado en las últimas once horas porque personas como él me hacen perder el tiempo. Se le contrae el rostro como una bolsa de patatas fritas en el puño de un niño gordo y al instante me siento fatal por ser tan mezquino con él (yo estaba en su lugar hace solo unos meses). Me escabullo para visitar a la paciente. Ciertamente, no ha orinado, pero porque el tubo del catéter está atrapado bajo la rueda de su cama y tiene la vejiga del tamaño de un balón de playa. Dejo de sentirme mal.

Lunes, 19 de septiembre de 2005

Primer parto con ventosa. De repente me siento como un obstetra. Ser obstetra es todo bastante teórico hasta que realmente extraes un bebé. La adjunta que me tutoriza, Lily, me va explicando cómo hacerlo con tono amable, pero me encargo de sacarlo yo solo y la sensación es maravillosa.

—Enhorabuena, lo has hecho asombrosamente bien —dice Lily.

—¡Gracias! —respondo, y entonces caigo en la cuenta de que está hablando con la madre.

Miércoles, 16 de noviembre de 2005

Echo un vistazo a las notas antes de examinar a una paciente ginecológica anciana en la ronda de visitas.

La buena noticia es que el fisio ha acudido por fin a verla.

La mala es que su anotación dice: «Paciente demasiado adormilada para completar la evaluación».

Entro en la habitación. La paciente está muerta.

Martes, 22 de noviembre de 2005

A estas alturas ya he asistido a médicos adjuntos y especialistas en quince cesáreas. En tres o cuatro ocasiones me han ofrecido que fuera yo quien realizara la intervención mientras ellos me indicaban los pasos, pero siempre me he rajado: ahora soy el único residente de segundo año que no ha perdido la virginidad, como le gusta señalar a Ernie.

Hoy Ernie no me da opción: me presenta a la paciente como el cirujano que va a traer al mundo a su bebé. Y lo hago. Desvirgado y con público en directo. Es la primera vez que atravieso piel humana, la primera vez que abro un útero y la primera vez que traigo al mundo a un niño a través del abdomen. Me gustaría decir que ha sido una experiencia fascinante, pero estaba demasiado concentrado en hacer bien cada paso como para ser realmente consciente de lo que ocurría.

Se trata de una cesárea complicada, que me lleva unos cincuenta y cinco minutos²⁷ de principio a fin, y Ernie muestra una paciencia admirable conmigo. Al acabar, mientras limpio la herida, me indica que la incisión está unos diez grados torcida. Le dice a la paciente: «Cuando se quite la bata notará que hemos tenido que entrar con un poco de ángulo», cosa que ella parece aceptar sin problemas: el milagro de la maternidad es como el azúcar que hace pasar mejor esa píldora en concreto.

Ernie me muestra cómo redactar el informe de la operación y me da el parte mientras tomamos un café, alargando la metáfora de la virginidad hasta parecer un perverso sexual. Al parecer, con la

práctica, mi técnica mejorará, la intervención será menos sangrienta y menos estresante, y al final acabará por parecerme una rutina aburrida. El anestesista apunta: «Yo sobre todo intentaría no alargar la intervención ni un minuto más».

Jueves, 22 de diciembre de 2005

Incidente clínico. Me suena el busca a las dos de la madrugada para solicitar que acuda a visitar a una paciente ginecológica que se ha quedado inconsciente. Le sugiero a la enfermera que la mayoría de las personas están inconscientes a las dos de la madrugada, pero ella insiste en que acuda urgentemente. El Glasgow²⁸ de la paciente es 14 sobre 15, de manera que «inconsciente» es un poco exagerado, pero sí que está desorientada y claramente hipoglucémica. Una enfermera va caminando pesadamente a otra planta a buscarme un monitor de glucosa en sangre. Estoy bastante seguro del diagnóstico, de manera que decido no esperar y pido la botella de zumo de naranja que tenemos siempre a mano en el frigorífico para estas situaciones. La paciente se la bebe, pero sigue adormilada. Es un poco tarde para andar jugando al doctor House, así que solicito varias pruebas e intento determinar qué más puede estar sucediendo mientras esperamos a que llegue la máquina. Nunca hay una a mano, aunque se necesiten constantemente y cuesten alrededor de diez libras en cualquier farmacia. Me he planteado incluso comprarme una, pero me da miedo empezar así y acabar llevando una máquina de rayos X en el maletero del coche.

El auxiliar sanitario me señala que la botella vacía que estaba a punto de tirar a la papelera es de zumo de naranja sin azúcar, tan útil en esta situación como una tarjeta regalo de Amazon. No sé si reír o llorar, pero estoy demasiado cansado para hacer ninguna de ambas cosas. Tras comerse un par de bombones de la mesa de recepción, la paciente se encuentra mucho mejor. La enfermera al mando se disculpa por el «error en el pedido» y promete que en el futuro tendrán en reserva zumos con azúcar. Me apuesto dos libras a que la próxima vez que acuda a ver a un paciente hipoglucémico irán al frigorífico y regresarán con agua mineral sabor naranja.

Domingo, 25 de diciembre de 2005

Buenas y malas noticias.

Buena noticia: hoy es la mañana de Navidad.²⁹

Mala noticia: tengo que trabajar en la sala de partos.

Noticia peor: me suena el teléfono. Es mi médico adjunto. No me he puesto el despertador y se pregunta dónde demonios estoy.

Noticia aún peor: me he quedado dormido en el coche. Tardo un rato en determinar dónde estoy y por qué.

Buena noticia: parece que me quedé dormido ayer después de mi último turno y ya estoy en el trabajo, en el aparcamiento del hospital.

Salto del coche, me doy una ducha rápida y ya estoy listo, apenas diez minutos tarde. Tengo ocho llamadas perdidas de H y un mensaje de texto que dice: «Feliz Navidad». Punto. Nada de beso.

Este año vamos a celebrar la Navidad en mi próximo día libre: el 6 de enero. «¡Piensa que ya habrán empezado las rebajas!», fue lo único positivo que pude ofrecer.

Miércoles, 18 de enero de 2006

Hay días en los que te queda claro el lugar que ocupas en la jerarquía del hospital, y hoy el factor desencadenante ha sido un prolapso del cordón umbilical.³⁰ Subo a la camilla, me sitúo detrás de la paciente e imagino que soy un veterinario mientras la trasladan al quirófano. Están a punto de acabar una cesárea, así que esperamos un rato en anestesiología. Para tranquilizar a la paciente y quitar hierro a la situación, mantenemos una conversación trivial sobre nombres de bebé, pañales y bajas de maternidad.

Su pareja ha bajado un momento a la cafetería minutos antes de que la cosa se pusiera tan... íntima, de manera que se ha perdido todo el drama. A su regreso, la comadrona lo trae rápidamente arriba y le pide que se cambie y se ponga ropa desechable para poder entrar en el quirófano durante la cesárea. Lo conduce a anestesiología, donde me encuentra arrodillado, con el brazo metido hasta el codo en la vulva de la madre de su hijo. «¡Dios bendito!», exclama con un marcado acento

de Glasgow. La comadrona refunfuña y le dice que ya le había advertido que yo estaría apartando el cordón. «Sí que me lo ha dicho —responde él—. ¡Lo que no ha mencionado es que fuera ventrílocuo y estuviera usando a mi esposa de marioneta!»

Martes, 24 de enero de 2006

Dios ha tenido el buen gusto de mantenerse alejado de mi trabajo, aparte de los típicos «¡Dios mío!» y algún que otro «¡Madre de Dios!». Hoy me reúno con MM, una testigo de Jehová, para que firme su consentimiento para practicarle una miomectomía abierta.³¹ Es una intervención sangrienta y deberíamos tener cuatro bolsas del tipo de sangre de la paciente en el frigorífico del quirófano por si acaso.

El problema es, por supuesto, que los testigos de Jehová se oponen a que se les practiquen transfusiones de sangre por su (estúpida) creencia de que la sangre contiene el alma y de que no debes mezclar el alma de otra persona con la tuya. Pero vivimos en un país libre, así que respetamos los (estúpidos) valores y deseos de todo el mundo.

MM es una mujer inteligente, encantadora y erudita, y mantenemos una conversación muy interesante. Acepta que le practiquemos un rescate celular³² durante la operación y le doy un formulario de consentimiento informado en el que rechaza de manera explícita que le practique una transfusión de sangre, aunque su vida dependa de ello. Es una posibilidad mínima, pero real, pues incluso con el rescate celular muchos testigos de Jehová han muerto por rechazar sangre. Firma, aunque admite que, en parte, lo hace porque su familia no volvería a hablarle si recibiera sangre. (Razón de más para recibir una transfusión, a mi parecer.)

El señor Flitwick, mi especialista, me cuenta que en sus tiempos, y ya se sabe que «cualquier tiempo pasado fue mejor», ignoraban el formulario y, si era preciso, realizaban la transfusión de sangre, porque el paciente nunca lo descubriría, dado que estaba bajo los efectos de la anestesia. Por suerte, la operación de hoy sale a las mil maravillas, no hay ninguna complicación y la máquina de rescate celular permanece en un rincón del quirófano. Visito a la paciente

como parte del turno de tarde y, al hojear su historial, veo que cumple años al cabo de dos días y que con toda probabilidad seguirá ingresada. Me compadezco de ella, aunque es probable que yo también pase en un hospital todos y cada uno de mis cumpleaños hasta que esté demasiado débil para soplar las velas, pero me dice que los testigos de Jehová no celebran el cumpleaños ni reciben regalos. Y a mí eso me parece más lamentable incluso que el tema de las transfusiones de sangre.

Jueves, 26 de enero de 2006

Dilema moral. En la ronda de visitas, Ernie habla con una mujer de unos treinta años y acento refinado (básicamente, una versión más joven y más pija de la reina de Inglaterra). Están a punto de darle el alta, después de haber ingresado hace unos días a causa de una torsión ovárica.³³ Ernie le da un volante para que acuda al hospital de manera ambulatoria al cabo de seis semanas y le dice que no conduzca durante tres semanas.

«¡Vaya! —le dice a Ernie—. Pues tengo el coche en el aparcamiento de aquí. ¿Por qué no lo conduce usted hasta que volvamos a vernos en el consultorio?» Ernie está a punto de decirle que no, que es una locura, hasta que la mujer lo complica todo sacando de su bolso las llaves de un Bentley. En fin, que Ernie conduce ahora un Bentley Continental GT.

Viernes, 27 de enero de 2006

Hace tres meses que visito al bebé L en la UCIN;³⁴ se ha convertido en parte de mi rutina antes de irme a casa, y me resulta agradable ver un rostro conocido, aunque sea a través del vidrio de la pared de una incubadora.³⁵ A su madre la ingresaron mi segundo sábado en el puesto, embarazada de veintiséis semanas, con un dolor de cabeza devastador que pronto quedó claro que era consecuencia de un brote temprano y grave de preeclampsia.³⁶ La estabilizamos y el domingo dio a luz al bebé L; yo asistí al especialista en la cesárea. La madre

acabó pasando unos cuantos días en cuidados intensivos, por lo que el parto no podía posponerse aún más, y el bebé que nació era una cosita minúscula que pesaba poco más que un tarro de mermelada.

Los neonatólogos hacen que los obstetras parezcan cirujanos de traumatología (por lo académicos y meticulosos que llegan a ser) cuando desafían a Dios y a la naturaleza para extraer a estos bebés. En 1970, este bebé habría tenido unas posibilidades de sobrevivir de un diez por ciento, mientras que hoy en día han aumentado hasta el noventa por ciento. Tras doce semanas de magia neonatal, L ha pasado de ser una musaraña de piel transparente conectada a una docena de cables y tubos a ser un bebé normal que llora, vomita y duerme como cualquier otro, y esta misma tarde le dan el alta.

Debería estar encantado de que se vaya a casa, y lo estoy, por supuesto, pues esa es nuestra única razón de ser, pero voy a echar de menos ver a este renacuajo cada par de días.

Compro la última tarjeta horrenda que tienen en la tienda de regalos y se la dejo a las enfermeras pediátricas para que se la entreguen a la madre. Le escribo cuánto me alegra que su historia haya tenido un final feliz y le doy mi número de teléfono y le pido que de vez en cuando, si le parece, me envíe una fotografía del niño. Y sí, probablemente vaya en contra del reglamento del Consejo Médico General y del protocolo del hospital y contravenga toda la letra pequeña, las normativas y las buenas prácticas, pero, por esta vez, estoy dispuesto a jugármela.³⁷

Jueves, 2 de febrero de 2006

Estoy firmando cartas para los médicos de cabecera en la consulta de ginecología.

Querido doctor:

Vi a XA en la clínica con su esposo Sam, Esther Sugar y sus dos hijos...

Hago una pausa momentánea mientras intento recordar aquella visita. ¿Quiénes de aquellas tres personas eran los padres del niño?

¿Debería saber quién es Esther? ¿Por qué he puesto el nombre entero? ¿Acaso es famosa? Y resulta ser que Esther no estaba allí.

Hace dos meses, la junta directiva despidió a casi todas las secretarías del hospital y las sustituyó por un nuevo sistema informático. La primera diferencia clave es que, en lugar de entregar tus cintas grabadas con el dictáfono a las secretarías, ahora dictas directamente al ordenador de la clínica, que decide entre cargar tu audio y enviárselo a una especie de taller clandestino de secretarías o borrarlo de inmediato sin dejar rastro. La segunda diferencia fundamental es que la calidad de la transcripción sugiere que la tecnología que emplea son dos yogures vacíos unidos por hilo de pescar y un mono con una máquina de escribir. Aunque eso no debe preocuparnos: lo importante aquí es el dinero que se ahorra el hospital al despedir a tanto personal, gran parte del cual llevaba mucho tiempo en plantilla y adoraba trabajar aquí. La única ventaja de este sistema es que puedes volver a escuchar el audio original sin revisar documentos. Pulso la tecla de reproducción.

Querido doctor:

Visité a XA en la clínica con su esposo Sam (ese de Sugar) y sus dos hijos.

Estoy seguro de que esto me llevó directamente a liderar la clasificación de cagadas de dictado del departamento, desbancando del puesto a «El paciente tiene las siguientes alegrías» (en lugar de «alergias»).

Miércoles, 22 de marzo de 2006

A las tres de la mañana me encuentro en triaje en la planta de maternidad. La paciente RO tiene veinticinco años y está de treinta semanas. Es su primer embarazo. Acude porque tiene muchos puntitos en la lengua, aunque no le duelen. Diagnóstico: papilas gustativas.

Lunes, 3 de abril de 2006

Son las dos de la madrugada y no hay mucho movimiento en la planta de maternidad, de manera que me escabullo a la sala de guardias para ponerme al día con ciertos trámites administrativos personales y echar un vistazo a Facebook. Comento lo mono que es el último hijo espantoso de un amigo, cosa que he aprendido a hacer de manera convincente porque me paso gran parte de la jornada laboral haciendo lo mismo con absolutos desconocidos. Para mí, el verdadero milagro del nacimiento es que personas inteligentes y racionales con empleos y derecho a voto miren esas masas de carne medio derretidas, con las cabezas deformes por haber tenido que atravesar una pelvis, cubiertas de cinco tipos distintos de mugre horrenda y con aspecto de haberse pasado dos horas revolcándose sobre una pizza y crean realmente que son hermosos. Es puro darwinismo en acción, el amor irracional por la progenie. El mismo deseo innato de perpetuar la especie que hace a las mujeres regresar a la sala de partos para un segundo asalto dieciocho meses después de la destrucción irreparable de su perineo.

El otro milagro del alumbramiento es que yo pueda colocarle un fórceps metálico a un bebé en la cabeza y echarme hacia atrás, aplicando una fuerza de tracción de 20 kg, y normalmente sudando por el esfuerzo, y que el bebé salga perfectamente, en lugar de decapitado, como podría esperarse. Una vez nacen, todas las madres se obsesionan con mantenerles la cabeza bien recta agarrándolos del cogote. Si las fotografías hablaran, «¡Cuidado con el cuello!» sería el grito que se oiría salir de todas las imágenes de un pariente sin hijos tomando a un recién nacido en brazos. En cambio, estoy bastante seguro de que podría llevarse al niño colgando de la cabeza y no le pasaría nada.³⁸

Me dedico a revisar los perfiles de mis ex para comprobar si se sienten colosalmente tristes o si han engordado desde que no están conmigo, cuando veo una publicación nueva de Simon, el hermano pequeño de un amigo del colegio. Tiene veintidós años y, aunque solo hablé con él una vez, hace una década, estamos en Facebook, donde todo el mundo es tu amigo. Es un mensaje simple y devastadoramente efectivo. Cuatro palabras: «Adiós, amigos. Se acabó».

Me doy cuenta de que probablemente yo sea la única persona que esté leyendo su publicación a las dos y media de la madrugada de un lunes, de manera que le envíé un mensaje por privado preguntándole

si está bien. Le digo que estoy despierto, le recuerdo que soy médico y le doy mi número de teléfono. Estoy repasando mi agenda en el teléfono para comprobar si tengo el número de su hermano cuando Simon me llama. Está para el arrastre: borracho, llorando... Acaba de dejarlo con su novia.

La verdad es que tengo tanto criterio para aconsejarle sobre este tema como sobre el modo de reemplazar una caja de cambios o poner parquet en un piso, pero él da por hecho que sí y los dos nos damos con un canto en los dientes. Dos horas después (en las que milagrosamente no suena el busca) hemos mantenido una buena charla. Va a subirse a un taxi para ir a casa de su madre y luego pedirá una cita de urgencia con su médico de cabecera por la mañana. Siento el mismo extraño subidón de endorfinas que tras lidiar con una urgencia médica: una combinación de agotamiento, excitación y la ligera sensación de haber hecho «una buena obra» (lo mismo que sientes después de correr diez kilómetros para una causa benéfica). Es probable que mi intervención en el caso de Simon haya sido mucho más importante que en ninguno de mis pacientes de esta noche.

Respondo a una llamada en el busca y me dirijo a la planta de maternidad para examinar a una mujer embarazada de treinta semanas que ha decidido que necesita que le miren un eczema a las cinco de la madrugada. «He pensado que estaría más tranquilo ahora que por la mañana», dice.

Lunes, 10 de abril de 2006

Un residente de primer año me transfiere una paciente desde urgencias: presenta una especie de verrugas en la vulva. Le pregunto si me puede dar una descripción un poco más precisa. «Como ramilletes de coliflor, tío. En realidad, mezclados con los fluidos, se parecen más al brócoli.»

A H no le ha gustado que le contara esta historia mientras cenábamos.

Viernes, 21 de abril de 2006

A Ron le van a practicar una intervención menor en la rodilla la semana que viene y quiere que le asegure que no se morirá por la anestesia. Aunque no estoy cualificado para ello, se lo aseguro sin problemas.

También me pregunta si alguna vez la anestesia «no funciona», así que le explico una historia ocurrida este mismo año en el trabajo. Dice así:

«Los anestesiistas administran dos medicamentos. Primero, un relajante muscular, para que el cirujano pueda manipular bien la zona. Cuando el cuerpo está completamente paralizado, las personas no podemos respirar de manera autónoma, motivo por el cual se nos conecta a un ventilador durante la intervención. El segundo medicamento es un fluido turbio llamado propofol, que te deja inconsciente, para que permanezcas dormido durante la operación.³⁹

»Imagina que el anestesiólogo se equivoca, agarra el fluido turbio equivocado de su carrito y, en lugar de propofol, te inyecta un antibiótico. Estás tumbado en la camilla del anestesiista, completamente paralizado por el relajante muscular, pero sin el propofol, te mantienes despierto y oyes todo lo que dicen, notas al cirujano limpiándote con antiséptico y no tienes forma de alertar a nadie de que algo espantoso está ocurriendo. Gritas en silencio cuando el bisturí te rasga la piel, un dolor mucho peor y más intenso del que has experimentado en toda tu vida...» La expresión de Ron parece sacada de un cuadro de Edvard Munch. «Pero estoy seguro de que en tu caso todo saldrá bien.»

Martes, 6 de junio de 2006

Me han llamado para que acudiera a ver a una paciente en urgencias. Hace un par de días que tuvo una interrupción médica del embarazo y se muere de dolor. No atino a averiguar qué sucede, pero estoy seguro de que le pasa algo, de manera que la ingreso, le receto analgésicos y solicito que la vea un médico adjunto. La examina Ernie.

—Lo que tiene son los entuertos. La ecografía previa a la interrupción indicaba un embarazo intrauterino. Es normal. Envíala a casa.

Intento justificar el ingreso: ¿no es un dolor demasiado intenso? ¡Le hemos dado morfina!

—Porque tú se la has recetado...

Pero nadie tiene un dolor tan agudo después de una interrupción del embarazo.

—¿Cómo sabes su umbral del dolor? —me responde Ernie sin rodeos—. Quizá también se pone así cuando se golpea un dedo del pie con algo.

Me arriesgo a decir que allí ocurre algo raro, pero Ernie lo desestima.

—Si oyes ruido de cascos de caballo en la calle, bien podría ser una cebra, pero, cuando te asomes a la ventana a comprobarlo, casi con total seguridad será un caballo.

Me dice que le prescriba unos antibióticos, por si acaso está apareciendo alguna infección, pero que hay que enviarla a casa.

En ese preciso momento me habría ido de fábula que hubiera sonado el busca indicándome que el estado de la paciente se había agravado. En lugar de ello, sonó unas pocas horas más tarde, pero el resultado fue el mismo: tuve que asistir a Ernie en el quirófano para extraerle un embarazo ectópico⁴⁰ y una puta tonelada métrica de sangre de la pelvis. La ecografía que le habían realizado antes de la interrupción del embarazo era errónea, con los peligros que ello entrañaba.

La paciente está bien y vuelve a estar en planta. Ernie no se ha disculpado conmigo, porque eso lo obligaría a cambiar de personalidad. Pero yo ahora mismo estoy en internet comprándole un llavero con forma de cebra.

Lunes, 12 de junio de 2006

Sugiero a una paciente que perder peso le ayudaría a controlar su SOPC,⁴¹ motivo por el cual la derivo a un dietista y le pregunto cuánto ejercicio físico hace. Que algo resulte obvio para mí no tiene por qué implicar necesariamente que lo sea para la paciente: a veces tengo la sensación de que es como llamar a la puerta de un edificio en llamas para decirle a la propietaria que hay un incendio en su casa. Pero a

veces funciona. Para ahorrarme la respuesta predecible acerca de la falta de tiempo, le planteo: «Quizá le convendría apuntarse al gimnasio».

«Ya estoy apuntada —me responde—, pero hace unas tres mil libras que no voy.»

Lunes, 19 de junio de 2006

Me han llamado para que acuda urgentemente a examinar a una paciente prenatal que está en planta. A la paciente ES le han inducido el parto por posmadurez.⁴² La comadrona, preocupada, me lleva a uno de los lavabos de la planta; la paciente acaba de vaciar sus intestinos y parece como si en el lavabo hubiera estallado una espantosa bomba roja y marrón. No augura nada bueno ni para el descanso del personal de limpieza ni para la propia paciente.

La examino para comprobar que la hemorragia no sea vaginal, que no lo es, y me complace comprobar que el bebé parece estar bien en la CTG.⁴³ La exploración rectal también es totalmente normal; la paciente afirma que nunca le había pasado algo así y que no tiene otros síntomas. Envío a analizar muestras de sangre, solicito una serie de muestras adicionales, le pongo un suero y la derivo urgentemente a gastroenterología. También busco en Google si la dinoprostona puede provocar una hemorragia gastrointestinal grave. No existe registro de que haya ocurrido antes, de manera que este podría ser el primer caso. Me pregunto medio en broma si bautizarán el síndrome con mi nombre. Se me antoja que descubrir el síndrome Kay suena más glamuroso que lidiar con una paciente que se haga de vientre durante un parto inducido, pero quizá es el precio que hay que pagar por quedar inmortalizado en los libros de texto.

El gastroenterólogo especialista aparece antes de que haya acabado de redactar mis notas y, tras una charla rápida y otro dedo lubricado, se llevan a la mujer en camilla para practicarle una colonoscopia. Por suerte, todo parece normal y no hay rastro de sangrado reciente. Tras algunas indagaciones más, el especialista da con el diagnóstico: me lo envía al busca para hacérmelo saber.

La pesadilla que he visto en la taza del váter era, en realidad, la consecuencia de los dos tarros de remolacha encurtida que ES, por motivos inexplicables, había decidido cenar la noche anterior. El especialista me recomienda «respetuosamente» que, la próxima vez que decida enviarle a alguien con movimiento intestinal, haga antes una cata.

Martes, 20 de junio de 2006

Nos han actualizado el sistema informático y, como ocurre once de cada diez veces que el hospital intenta facilitarnos la vida, lo han hecho todo mucho más complicado. Es cierto que todo parece mucho más rápido (se parece menos al MS-DOS que nos enseñaron en el colegio), pero en realidad no han solucionado ninguno de los gigantescos problemas del *software* anterior, sino que se han limitado a cubrirlos con una interfaz. Es el equivalente de tratar un cáncer de piel cubriéndolo con maquillaje. En realidad, es peor que eso. Esta llamativa interfaz utiliza tal cantidad de los escasos recursos del sistema que lo ha ralentizado tanto que resulta casi inutilizable. Es como tratar un cáncer de piel con un maquillaje al que el paciente es mortalmente alérgico.

Ahora todos los análisis de sangre están en un menú desplegable y, para solicitar uno, hay que desplazarse por un listado alfabético de todas las pruebas que algún médico ha solicitado en el transcurso de la historia de la humanidad. Se tardan tres minutos y diecisiete segundos en llegar a «vitamina B12». Y, si pulsas la letra «V» en lugar de bajar manualmente, el sistema se cuelga de tal manera que hay que desenchufar el ordenador y poco menos que usar un soldador para que vuelva a funcionar. El 99 por ciento de las veces pedimos la misma docena de parámetros en los análisis y, sin embargo, en lugar de darles prioridad y situarlos en la parte superior de la lista (incluso en las páginas web de ventas que suelo consultar, «Reino Unido» aparece antes que «Albania» o «Azerbaián»), los han diseminado entre miles de millones de pruebas de las que nunca he oído hablar o que nunca he solicitado. ¿A que no sabías que hay tres tipos de pruebas de laboratorio para detectar los niveles de selenio en sangre? Como

consecuencia de esto, ahora hay un número muy reducido de pacientes anémicos para quienes solicitaré que analicen los niveles de vitamina B12. Si tiene usted una anemia ligera, no voy a perder el tiempo pulsando con un dedo el botón de la flecha abajo del ordenador durante tres minutos. Y, si tiene usted una anemia grave, tampoco lo haré, porque probablemente ya esté muerto cuando haya acabado de hacerlo.

Viernes, 21 de julio de 2006

Me han llamado al busca para que acudiera a la planta de ginecología a las cinco de la madrugada para redactar el alta de una paciente a quien enviaban a casa por la mañana. Debería encargarse su residente durante el día y no hay motivo para que lo haga yo. Pero, si no lo hago esta noche, retrasará el alta de la paciente. Me siento para ponerme manos a la obra (se trata de un trabajo bastante automático, de manera que me da tiempo a urdir algún plan para vengarme del médico en cuestión). Al irme, veo que la luz de la habitación de la paciente CR está encendida, de manera que asomo la cabeza para comprobar si va todo bien.

Entró la semana pasada por urgencias y la ingresé con ascitis tensa⁴⁴ y la sospecha de un tumor ovárico. He estado cubriendo las noches desde entonces y no me he puesto al día de los acontecimientos. Me lo explica ella. La sospecha de tumor ovárico se ha convertido en un diagnóstico de cáncer ovárico que, a su vez, se ha convertido en la confirmación de una metástasis generalizada, la cual se ha convertido en una esperanza de vida de pocos meses. Cuando la vi en urgencias, pese a las sospechas evidentes, no mencioné la palabra «cáncer» (me enseñaron que si la dices, aunque sea de pasada, es lo único que recuerda el paciente). Independientemente de todo lo demás, si mencionas la palabra maldita una sola vez es como si hubieras entrado en el box y no hubieras dicho más que «cáncer, cáncer, cáncer, cáncer, cáncer» durante media hora. Y claro que uno nunca quiere que nadie tenga cáncer, pero yo de verdad, de verdad que no quería que ella lo tuviera. Era una mujer simpática, divertida y conversadora, a pesar de los litros de fluido en su abdomen que le

dificultaban la respiración, y fuimos como dos amigos que hacía tiempo que se habían perdido la pista y de repente se encuentran en la parada del autobús y se ponen al día de todo lo ocurrido en esos años. Su hijo había entrado en la facultad de Medicina, su hija estudiaba en la misma escuela a la que fue mi hermana y reconoció que yo llevaba puestos unos calcetines Duchamp. Le puse un catéter para extraerle el fluido y la ingresé en planta para que el personal de día investigara qué le sucedía.

Y ahora me está explicando lo que han descubierto. Se echa a llorar y pronuncia todos los «ya nunca», torturada ante la constatación de que «para siempre» son solo palabras que se ponen en las postales del Día de los Enamorados. Cuando su hijo se licencie en Medicina, ella no estará para verlo. Cuando su hija se case, ella no estará para ayudarla a organizar las mesas ni para lanzar arroz. No conocerá a sus nietos. Su marido nunca lo superará. «¡Pero si ni siquiera sabe cómo funciona el termostato!» Se ríe, y yo me río. De verdad que no sé qué decir. Quiero mentirle y decirle que todo saldrá bien, pero ambos sabemos que no será así. La abrazo. Nunca antes había abrazado a un paciente; de hecho, creo que en total debo de haber abrazado a cinco personas en toda mi vida, y uno de mis progenitores no figura en esa lista, pero no sé qué más hacer.

Hablamos de cosas prácticas, de inquietudes racionales, y noto en sus ojos que le ayuda. De repente caigo en la cuenta de que casi con total seguridad soy la primera persona a quien le está contando todo aquello, la única con quien ha sido completamente sincera. Es un extraño privilegio, un honor que no he pedido.

También constato que de sus muchas, muchas preocupaciones, ninguna tiene que ver con ella: lo que le preocupa son sus hijos, su esposo, su hermana, sus amigos. Quizá esa sea la definición de una buena persona.

Hace un par de meses tuvimos una paciente en obstetricia a la que diagnosticamos cáncer de mama con metástasis durante el embarazo y le aconsejamos que diera a luz a las treinta y dos semanas para poder iniciar el tratamiento, pero aguardó a las treinta y siete semanas para darle una mayor oportunidad de supervivencia a su bebé. Falleció tras pasar quince días con su pequeño... Quién sabe si haber iniciado el

tratamiento un mes antes habría comportado alguna diferencia. Probablemente no.

Y ahora estoy sentado con una mujer que me pregunta qué opino sobre que esparzan sus cenizas por las islas Sorlingas. Es su lugar favorito, pero no quiere que se convierta en un lugar triste para su familia cuando ella no esté. Puro altruismo por parte de alguien completamente consciente de cómo influirá su ausencia en quienes deje atrás. Me suena el busca: es el residente de la mañana solicitándome que le ponga al corriente de los casos. Me he pasado dos horas en esta habitación, el rato más largo que he pasado con un paciente que no estuviera anestesiado. De camino a casa telefono a mi madre para decirle que la quiero.

RESIDENTE DE TERCER AÑO

En algún momento durante mis primeros años como médico interno residente recuerdo haber visto un documental sobre los grandes maestros shaolín. Entrenan durante una década o más en un templo remoto, donde se levantan a las cinco de la madrugada y concluyen su formación a medianoche, entregados a una vida célibe, desprovista de toda posesión material. No pude evitar pensar que no sonaba tan mal: al menos no tenían que desarraigar sus vidas cada año para marcharse a un templo completamente distinto.

Los decanatos del Servicio Nacional de Salud británico, que son los responsables de la formación médica de posgrado, trasladan a los médicos a nuevos hospitales cada seis o doce meses para asegurarse de que aprendan de un amplio abanico de especialistas, lo cual supongo que tiene sentido. Por desgracia, cada decanato cubre una zona geográfica bastante extensa y te asignan de manera aleatoria a unidades diseminadas por toda esa región. Por ejemplo, uno de los decanatos cubre Kent, Surrey y Sussex, poblaciones que yo (y, de hecho, también el Servicio Oficial de Topografía y Cartografía británico) siempre había considerado tres zonas enormes y separadas. Otro decanato engloba toda Escocia. Escocia, ese país entero con una superficie de setenta y ocho mil kilómetros cuadrados. Si uno se plantea dónde comprarse su primera casa, es bastante difícil elegir una ubicación que resulte práctica para viajar a toda Escocia. Y aunque uno esté lo bastante majara como para someterse a una transacción inmobiliaria una o dos veces al año, también resultaría bastante

pegiado, puesto que los decanatos limitan los costes de reubicación a la espléndida cantidad de cero libras.

De manera que mientras todos mis amigos con carreras profesionales sensatas se metían en hipotecas y adoptaban cachorrillos, H y yo firmábamos contratos de alquiler de un año de duración y vivíamos en algún lugar que a los dos nos resultaba poco práctico, a medio camino entre nuestros dos lugares de trabajo. Fue otro aspecto más de los que figuraban en la lista de daños colaterales infligidos por mi empleo a H: la connivencia con mi marido ausente, la terapia tras mis turnos y, ahora, la vida nómada.

Recuerdo telefonar en una ocasión a todas las empresas de suministros y a la Delegación de Tráfico para cambiar nuestra dirección (lo hice como penitencia porque no pude pedirme un día libre para ayudar con la mudanza), y los de la aseguradora me preguntaron cuántas noches al mes dejábamos la casa vacía. Era una pregunta de rutina. Me di cuenta de que, si viviera solo, la vivienda se consideraría, técnicamente, una «propiedad desocupada».

A pesar de los horarios, había disfrutado de verdad de mi primer año en obstetricia y ginecología. Había tomado la decisión correcta. Había pasado de ser un Bambi tambaleante al que aterrizzaba oír el busca a convertirme, si no ya en un grácil corzo, al menos sí en alguien que podía imitarlo de manera decente. Empezaba a sentirme confiado ante cualquier urgencia que me aguardara en la sala de partos, sobre todo gracias a trabajar en un hospital con tutores interesados en que me formara como médico.

En cambio, cuando el decanato arrojó los dados por segunda vez, acabé con los huesos en un hospital mucho más anticuado. Cuando uno dice que sus abuelos están «anticuados», en realidad es un eufemismo para decir que «aún hablan en pesetas». En un entorno hospitalario, «anticuado» significa «insolidario». Estás solo.

Había pasado de bajar por una pista verde a una pista negra como la que hizo picadillo a Schumacher, en la que se aplicaba el método hoy casi desaparecido de «miras una vez, operas una vez y enseñas una vez». De manera que, si has visto cómo alguien extirpa una trompa de Falopio o hace una ecografía de un ovario, ya puedes darte por formado. Mis disculpas si eso puede parecer una pesadilla espantosa. En realidad, eso es lo que sucedía en el mejor de los casos,

porque con frecuencia se saltaban el paso «miras una vez», igual que uno se salta los preliminares en los encuentros sexuales en el lavabo de una discoteca.

En la actualidad, los instructivos vídeos de YouTube te enseñan de todo, desde cómo reparar una uña encarnada de un dedo del pie hasta cómo separar a gemelos siameses.⁴⁵ Pero en 2006 había que seguir una lista de instrucciones impresa en un libro de texto. Para hacerlo aún más divertido, normalmente tenías que memorizar esos pasos complicados (se parece más a comprar un coche por piezas y montarlo uno mismo que a montar un armario de IKEA) antes de ver al paciente. ¿Cuánta confianza transmite alguien que mira a los genitales de un paciente con un bisturí en una mano y un manual en la otra? Aprendí rápidamente a mostrar un aplomo absoluto por más que anduviera agitando frenéticamente las piernas bajo el agua para mantenerme a flote. En resumen, mejor no jugar al póquer conmigo. Pero soy el mejor si se trata de montar un mueble.

Al pasar la mayor parte de mis horas de vigilia en el trabajo y dado que la piscina era muy honda, aprendí mucho en mi segundo destino como médico interno residente y lo hice muy deprisa. Es posible que el método «anticuado» no sea divertido, pero funciona. Lo de los capullos de los shaolín no era más que un campamento de verano.

Miércoles, 2 de agosto de 2006

Es el Miércoles Negro⁴⁶ y acabo de incorporarme al hospital Santa Ágata. Es un hecho contrastado que la tasa de mortalidad aumenta el Miércoles Negro. Saberlo me quita presión de encima, así que no me esfuerzo demasiado.

Jueves, 10 de agosto de 2006

Examino a una madre en el consultorio seis semanas después de un parto traumático. Todo parece ir bien, pero está claro que algo la inquieta. Le pregunto de qué se trata y rompe a llorar: cree que el bebé

tiene un tumor cerebral y me pide que le eche un vistazo. Eso queda más que fuera de mis atribuciones,⁴⁷ pero la cara deshecha de la madre me dice que tal vez no sea el mejor momento para aconsejarle que pida una cita con su médico de cabecera. Examino al crío con la esperanza de que, sea lo que sea lo que le preocupa, quede dentro de los limitados parámetros de mis conocimientos pediátricos.

Me indica una hinchazón dura en la parte posterior de la cabeza del bebé. Me sonrío la suerte y puedo anunciarle con total seguridad que se trata de la protuberancia occipital del bebé, una parte absolutamente normal del cráneo. «¡Mire, su otro hijo también la tiene! ¡Y usted también!»

«¡Madre mía! —exclama, mientras las lágrimas le resbalan por el rostro, alternando la mirada entre su bebé y su hijito de tres años, como si estuviera viendo un partido de tenis en Wimbledon—. Es hereditario.»

Lunes, 14 de agosto de 2006

Mi turno rotativo implica ocuparme de realizar ecografías en la Unidad de Primer Trimestre del Embarazo una vez cada quince días. Hoy, después de haber visto solo en una ocasión cómo se realizaba una ecografía de estas características, he tenido que apañármelas para, con mano temblorosa, dirigir yo solito un consultorio de veinte pacientes, examinando bultitos de células de 4 mm con una sonda transvaginal.⁴⁸

Le he pedido (suplicado) a un médico adjunto que me hiciera una demostración rápida y ha tenido tiempo de ver a una paciente conmigo antes de salir disparado como una flecha hacia el quirófano. Mi colega residente del turno de tarde tampoco había hecho nunca una ecografía, así que le he transferido mis nuevos conocimientos practicándole la ecografía a su primera paciente. Miras una, haces veinte, enseñas una.

Miércoles, 16 de agosto de 2006

Acabo de salir de un parto, el parto con ventosa más impecable que he asistido hasta la fecha. La comadrona me ha dicho después que ha dado por sentado que era un médico adjunto (y eso que la apodan Alba, la Peligrosa, así que no ha sido moco de pavo).

Mi madre me telefona para comunicarme que mi hermana Sophie ha entrado en la facultad de Medicina. Le envió a Soph un mensaje de texto felicitándola por todo lo alto y luego una imagen de mí mismo con los pulgares en alto y ropa desechable (recortada por encima de la zona de salpicaduras), acompañada de un «¡Tú dentro de seis años!».

Si esa misma llamada se hubiera producido al final de mi turno, mi mensaje habría sido: «Echa a correr como el viento y no mires atrás».

Lunes, 21 de agosto de 2006

Hace más de quince días que llevo encima una notificación de entrega de Correos. No dejo de sacármela del bolsillo y mirarla atentamente, como si fuera una fotografía de mi primer hijo o de un amor de la infancia muerto hace tiempo, y releo patéticamente los horarios de recogida de la oficina de Correos con la esperanza de que cambien por arte de magia ante mis ojos. No lo hacen.

No me daría tiempo de ir y volver de la oficina de Correos en mi hora de la comida, si la tuviera, que por supuesto no la tengo, pero me he estado aferrando a la esperanza de poder salir del trabajo temprano un día, por ejemplo si se incendia el hospital o se declara una guerra nuclear.

Hoy empieza mi semana de turnos de noche y me escapo a recoger el paquete. Por desgracia, parece ser que en Correos solo guardan los paquetes dieciocho días, durante los cuales yo he estado en el trabajo, así que se lo han devuelto al remitente.

Resumiendo: H no recibirá su regalo de cumpleaños mañana.

Jueves, 14 de septiembre de 2006

Hay que practicar una radiografía pulmonar a la paciente CW de la

planta de prenatal, de manera que le reservo cita para una resonancia magnética y reviso la lista de comprobación.⁴⁹ Pero resulta que a la paciente en cuestión no se le puede realizar una resonancia porque hace unos años le implantaron un imán pequeño, pero muy potente, en la yema del dedo índice derecho. Al parecer, estos implantes fueron una moda pasajera. Los realizaban tatuadores y su objetivo era proporcionar a quienes los llevaban un «sexto sentido», una conciencia espiritual de los objetos metálicos que los rodeaban, como una especie de aura vibradora (según las palabras de la paciente) o una copia barata de los poderes de los X-Men (según las mías).

Sinceramente, la paciente necesita mejorar sus argumentos de venta. Resulta que el imán no ha sido la experiencia mística y etérea que ella buscaba, sino un auténtico incordio: según me cuenta, se le ha infectado varias veces y pasar el control de seguridad de los aeropuertos es una pesadilla. Medio en broma, le pido a la paciente que pase la mano por encima a mi colega Cormac para confirmar o desmentir el rumor de que lleva un aro en el pene,⁵⁰ pero la paciente me dice que el implante o bien se le ha desplazado o se ha desmagnetizado, porque ahora apenas nota nada, salvo un bulto en el dedo. De hecho, quiere que le extirpen el imán, pero el tejido cicatrizado que se habrá formado a su alrededor hace que la operación sea un tanto complicada y la Seguridad Social no la cubre. Le reservo una cita para una tomografía computerizada (le pondrán un delantal de plomo y el bebé quedará expuesto a poca radiación), aunque, si hubiera tirado millas y le hubiera reservado hora para una resonancia magnética, le habría ahorrado el coste de la operación privada.

Lunes, 25 de septiembre de 2006

Cómo vive la otra mitad. Una paciente rematadamente pija acude al consultorio de atención prenatal para una cita rutinaria. Su feto rematadamente pijo está en perfectas condiciones. Su hija de ocho años rematadamente pija le formula una pregunta sobre economía (i!) y, antes de respondérsela, la paciente le pregunta a su hijo de cinco años rematadamente pijo: «¿Cariño, sabes lo que significa “económico”?».

«Sí, mamá, son esos asientos espantosos en la parte de atrás del avión.»

Así empiezan las revoluciones.

Miércoles, 27 de septiembre de 2006

Hoy estoy de baja por enfermedad, la primera desde que me licencié como médico. En el trabajo no se han mostrado precisamente comprensivos.

—¡Joder! —ha exclamado mi médico adjunto cuando he telefoneado para decirlo—. ¿No puedes venir aunque solo sea por la mañana?

Le explico que tengo una intoxicación alimentaria bastante grave, la cual se traduce en diarrea.

—De acuerdo —me ha contestado con ese tono de hartazgo pasivoagresivo que normalmente solo recibo en casa—, pero haz unas llamadas y encuentra a alguien que esté libre para que te cubra.

Estoy bastante seguro de que ese no es el protocolo que se aplica ni en Google, ni en los grandes almacenes, ni siquiera en los supermercados. ¿Existe alguna empresa en la que sea siquiera concebible que uno tenga que buscarse un sustituto cuando está de baja por enfermedad? ¿Tal vez en el Ejército de Corea del Norte? Me pregunto qué grado de enfermedad evitaría que esa responsabilidad recayera sobre mí. ¿Rotura de pelvis? ¿Linfoma? ¿O solo si me intuban en la unidad de cuidados intensivos y pierdo la capacidad del habla?

Por suerte, he logrado farfullar unas cuantas palabras entre vómitos (aunque no entre ataques de diarrea) y he conseguido organizar que me suplan. No he explicado qué estaba haciendo mientras telefoneaba (probablemente sonaba como si me hubiese ido a jugar al *paintball*). Y ahora le debo a mi colega un cambio de turno, así que ni siquiera es una baja «por enfermedad».

Siempre había sospechado que, si acababa enfermo, la causa sería el trabajo. Habría apostado por algún tipo de desplome emocional, quizá un fallo renal a causa de la deshidratación, una paliza a manos de un pariente enojado o el coche estampado contra un árbol después de un turno de noche sin dar ni una cabezadita. Pero ha resultado que

el culpable ha sido mucho más furtivo: una porción de nociva *moussaka* casera elaborada por la madre de una paciente de la maternidad. Estoy bastante seguro de que esa ha sido la causa, porque es lo único que he conseguido comer en todo el día. Debería existir un dicho sobre los griegos que hacen regalos, he pensado mientras cagaba a través del ojo de una aguja hipodérmica, con sabor a bilis y un cierto regusto a berenjena en la garganta.

Sábado, 30 de septiembre de 2006

Exploro en triaje a una mujer que acaba de llegar resoplando y resollando: está de parto. Le pregunto cuántas contracciones tiene y el marido me responde que entre tres y cuatro cada diez minutos y que cada una de ellas dura un minuto. Le explico que tengo que hacerle una exploración interna para comprobar cuántos centímetros está dilatada.⁵¹

El marido me dice que lo ha comprobado antes de salir de casa y que estaba dilatada seis centímetros. La mayoría de los futuros padres no se asoman bajo la sábana, así que le pregunto si es médico. No, es yesero, «pero sé cuánto mide un centímetro, tío». Examinó a la paciente y nuestros números concuerdan, lo que lo convierte en más competente que la mayoría de mis colegas.

Sábado, 7 de octubre de 2006

Hace seis meses que soy el teléfono de atención a la salud mental de Simon, disponible 24 horas, desde aquella primera publicación en Facebook: le he dicho que puede llamarme siempre que tenga malos pensamientos, y lo hace. También le he aconsejado en muchas ocasiones que busque una ayuda más formal en los servicios de salud mental, pero no parece dispuesto a hacerme caso. Aparte del hecho de que resulta un tanto abrumador tener un segundo busca que amenaza con sonar con malas noticias en cualquier momento, sospecho que Simon podría obtener una mejor ayuda de alguien que no tuviera que buscar en Google, presa del pánico, «¿Qué decirle a alguien con

tendencias suicidas?». Pero parece que yo soy mejor que nada y, al menos, sigue vivo.

Lo más estresante es descubrir que tengo una llamada perdida suya: si se la devuelvo demasiado tarde y se ha suicidado, ¿sería culpa mía? ¿Podría considerarse el equivalente de que hubiera sido yo quien hubiera derribado la silla de una patada? Supongo que no, pero así es como se siente uno cuando es médico y tal vez explique por qué me he metido en este jaleo. Si eres el primero en notar que el paciente de otro respira raro o presenta unos resultados anómalos en los análisis de sangre, es responsabilidad tuya lidiar con ello, al menos hasta que otra persona se ocupe. Diría que los técnicos de calefacción no sienten esa responsabilidad cada vez que se topan con una caldera averiada. La diferencia está, obviamente, en que puede ser un tema de «vida o muerte», que es lo que distingue esta profesión de todas las demás y la hace tan incomprensible para todo el mundo.

Le devuelvo la llamada a Simon después de practicar una cesárea, por la tarde. He acortado mis sesiones de terapia a unos veinte minutos (se trata solo de escuchar, mostrarse comprensivo y tranquilizarlo diciéndole que esos sentimientos se le pasarán). Él debe de ser consciente de que siempre mantenemos la misma conversación, pero está claro que no le importa: solo necesita saber que hay alguien que se preocupa por él. Y, en realidad, ser médico tiene mucho de eso.

Lunes, 9 de octubre de 2006

Hoy me he visto atravesando la línea entre lo que se podría considerar como la idiotez habitual de los pacientes y el tener que comprobar que no hubiera una cámara oculta en la consulta. Después de una larga discusión con el marido de una paciente, que aseguraba que no se fabrican condones de su talla, he logrado entender que se los intentaba poner cubriéndose también los testículos.

Martes, 10 de octubre de 2006

Me he perdido de qué iba la discusión, pero he visto a una mujer salir de estampida de la zona de pacientes ambulatorios de ginecología

gritándole a la enfermera: «¡Tu sueldo lo pago yo! ¡Yo pago tu sueldo!». A lo que la enfermera ha respondido, también a voz en grito: «¡Pues quiero un aumento de sueldo!».

Jueves, 19 de octubre de 2006

Poner cara de póquer me ha sido de gran utilidad a lo largo de toda mi vida. Me ha ayudado a mantener el tipo cuando un señor de ochenta años empezó a explicarme el uso que le daba a un tapón anal de gran tamaño llamado Assmaster, o cuando tuve que explicarle amablemente a una pareja en la clínica de fertilidad que masajear el semen sobre el ombligo no sirve de mucho, al menos para concebir. Permanezco ahí sentado asintiendo con rostro impasible como el convidado de piedra: «¿Y cuánto dice que mide el Assmaster, señor?».

Pero hoy la cara de póquer se me ha ido al garete. En la ronda de visitas de esta mañana, un estudiante de Medicina me ha presentado a la señora C, una paciente de ginecología de setenta años que se recuperaba en planta tras una reparación por un gran prolapso.⁵²

Por desgracia, en lugar de explicar que se recuperaba de un «prolapso», el estudiante ha dicho «colgajo» y, un poco como a la propia paciente, se me han caído los huevos al suelo.

Lunes, 23 de octubre de 2006

Me llaman de urgencias para que acuda a examinar a un caballero de unos setenta años. Le comento al auxiliar de urgencias si sabe que ha enviado la solicitud al busca de ginecología: examinar a un hombre queda fuera de mis competencias. Al parecer, es complicado: él mismo me lo explicará cuando baje.

Me presentan al paciente NS, un caballero sij que no habla ni una palabra de inglés. Está de vacaciones, visitando a la familia, y le ha acompañado al hospital un pariente que tampoco habla inglés, con lo cual no resulta de ninguna utilidad. Elaboramos su historial con ayuda de un servicio de intérpretes por vía telefónica; en este caso, hay un traductor del punjabi al otro lado de la línea y el teléfono pasa de

mano en mano. Puede que el intérprete haya inflado un poco su currículum: parece hablar solo un poquito más de punjabi que alguien que no habla nada de punjabi.

El estoico personal de urgencias ha realizado un progreso mínimo con ayuda del intérprete, pero me transmite lo que ha logrado establecer: que el paciente está sangrando «por abajo», que lleva haciéndolo toda una semana y, algo crucial para solicitar mi asistencia, que es hermafrodita.⁵³ Le digo al enfermero de urgencias que dudo sinceramente de que ese vejete barbudo forme parte de la comunidad intersexual y pido hablar con el intérprete.

«¿Puede preguntar si el paciente tiene útero?» Le paso el teléfono al paciente y este empieza a repetir una palabra en punjabi. Vocifera y suena enfadado. El paciente se desabrocha furiosamente la camisa y deja a la vista un Port-a-Cath:⁵⁴ ahí vemos la luz. Todos gritamos al unísono: «¡Hemofílico!», y les dejo que se ocupen de su hemorragia rectal.

Martes, 31 de octubre de 2006

Dilema moral. Estoy en los vestuarios de la planta de maternidad tras un turno largo. Salgo de trabajar a las diez de la noche, en lugar de a las ocho de la tarde, gracias a una hemorragia obstétrica grave que ha acabado en quirófano. Se supone que voy a una fiesta de Halloween, pero ahora ya no me da tiempo de pasar por casa a recoger mi disfraz. Sin embargo, voy vestido con ropa desechable y salpicado de sangre de pies a cabeza. Me pregunto si daría el pego...

Sábado, 4 de noviembre de 2006

Me suena el busca para acudir a examinar a una paciente posnatal a la una de la madrugada. El jefe de planta le explica a la comadrona que estoy haciendo una cesárea. Me vuelve a sonar el busca a la 1.15 (sigo haciendo la cesárea) y a la 1.30 (estoy redactando el informe de la operación). Finalmente, voy a examinar a la paciente. ¿La gran emergencia? Se va a casa por la mañana y ha pensado que, ya que ahí

estaba, aprovecharía para completar parte del papeleo de su solicitud para obtener el pasaporte británico, que precisa de la firma de un médico.

Miércoles, 15 de noviembre de 2006

He decidido presentarme a la primera parte del examen para convertirme en MRCOG.⁵⁵ El libro de texto me aconseja que haga un examen de años anteriores antes de ponerme a estudiar: «¡Le sorprenderá descubrir cuánto sabe ya!». Pruebo a hacer uno.

Marzo de 1997, examen 1, pregunta 1.

¿Verdadero o falso? Las células cromafines:

- A
. Están inervadas por fibras nerviosas simpáticas preganglionares.
- B
. Se encuentran en la médula adrenal.
- C
. Derivan del neuroectodermo.
- D
. Pueden decarboxilar aminoácidos.
- E
. Están presentes en los ganglios celíacos.

Dejando de lado el hecho de que entiendo menos de la mitad de esas palabras (y la mayoría son preposiciones), no puedo evitar preguntarme qué tiene que ver esto con mi capacidad para traer bebés al mundo. Pero si es lo que mis dementes señores demoníacos quieren que sepa, ¿quién soy yo para discutirsele?

Otro libro de texto me informa alegremente de que «Es perfectamente plausible preparar la primera parte del examen de MRCOG en solo seis meses, dedicando una hora o dos de estudio cada

noche». Es una de esas frases que pretenden tranquilizar, pero logran el efecto contrario, como ocurre con «es un tumor pequeño» o «ya se ha extinguido gran parte del incendio».

No estoy muy seguro de dónde voy a sacar ese par adicional de horas diarias: o bien dejo mi frívolo pasatiempo de dormir o recorto el tiempo que tardo en llegar al trabajo viviendo en un armario del hospital. Ah, y mi examen es dentro de cuatro meses, no de seis.

Lunes, 25 de diciembre de 2006

No me importa demasiado trabajar el día de Navidad: hay tentempiés por todas partes, la mayoría de las personas están de buen humor y nos visitan muy pocos «sanos preocupados». ⁵⁶ Generalmente nadie se presenta para que lo examinen en Navidad a menos que esté enfermo de verdad, de parto de verdad o que odie de verdad a su familia (en cuyo caso, al menos tenemos algo en común). No estoy muy convencido de que H opine lo mismo mientras intercambiamos regalos a velocidad vertiginosa antes de las siete de la mañana.

La tradición en el Santa Ágata es que el especialista de guardia ⁵⁷ aparezca por el hospital y haga una ronda de visitas el día de Navidad, cosa que reduce la carga de trabajo de los médicos principiantes. Además, el especialista suele traer una bolsa con regalos para los pacientes (artículos de tocador, *panettones* y ese tipo de cosas) porque, bueno, es bastante jodido estar ingresado en el hospital en Navidad y los pequeños detalles pueden suponer una gran diferencia. Y lo mejor de todo, es tradición que el especialista haga la ronda disfrazado de Papá Noel.

La decepción del personal de enfermería resulta evidente cuando el especialista de hoy, el señor Hopkirk, aparece en torno a las diez de la mañana vestido con unos pantalones de pinza y un jersey. Antes de que los gritos de «¡Aguafiestas!» resulten demasiado ensordecedores, explica que, la última vez que estuvo de guardia el día de Navidad, se enfundó el disfraz y se puso la barba para la ronda de visitas y, a medio camino, una paciente anciana tuvo un paro cardíaco, de manera que tuvo que salir pitando e iniciar una resucitación cardiopulmonar (RCP) mientras una enfermera iba a buscar el carrito. Insólitamente,

la RCP resultó un éxito⁵⁸ y, cuando la paciente recobró el conocimiento, se encontró con un Papá Noel de un metro ochenta haciéndole el boca a boca y con los brazos en su pecho. «Aún puedo oír el grito que pegó», dijo.

«Venga —dice una de las enfermeras, como una niña incapaz de ocultar su disgusto porque su regalo de Navidad sea un juego de caligrafía en lugar de un gatito—. Póngase solo el gorro, aunque sea...»

Miércoles, 17 de enero de 2007

«Con el fin de fomentar el uso del transporte público» no hay una zona de aparcamiento para el personal en el hospital, una idea loable que, en mi caso, se traduciría en dos horas y veinte minutos de trayecto de ida y otros tantos de vuelta cada día para llegar al trabajo y a casa, respectivamente. En lugar de eso, yo he optado por conducir durante setenta minutos y dejar mi coche en el aparcamiento para visitas. El sistema tarifario debió de confeccionarlo alguien muy consciente de que sus posibilidades de ganar la lotería más de una vez en la vida eran extremadamente escasas, pero convencido de que existía una manera de conseguir unos ingresos anuales similares. Aparcar cuesta tres libras la hora, sin descuento por estancias largas, y la tarifa se aplica cada hora del día y de la noche, salvo el día de Navidad, para no ser acusados de codiciosos.

La única excepción son las parturientas, que reciben un vale de estacionamiento gratuito válido durante tres días que firma el supervisor de la planta de maternidad. Me llevo bien con los supervisores, no tanto porque día sí y día también resuelva urgencias obstétricas, sino porque de vez en cuando llevo al trabajo una caja de pastas de té de nata y frambuesa. Gracias a eso no les importa firmarme un vale para el *parking* cada pocos días, de manera que, a la práctica, me han regalado una plaza de *parking* no oficial durante los últimos meses.

Pero hoy se ha descubierto el pastel: le han puesto un cepo a mi coche y tengo una multa de ciento veinte libras bajo el limpiaparabrisas que debo pagar para que se lo quiten. Valoro la opción de comprarme una sierra radial por cincuenta libras, pero llevo

doce horas trabajando y lo único que quiero es meterme en la cama cuanto antes. Agarro la multa para averiguar dónde tengo que llamar. El ayudante del *parking* ha garabateado en el dorso: «Qué parto más largo, tío».

Domingo, 21 de enero de 2007

Justo cuando pensaba que hacía mucho del último episodio de «objetos inesperados atrapados en orificios», hoy se presenta en urgencias una paciente de veintitantos incapaz de sacarse una botella de la vagina. Introduzco el espéculo⁵⁹ y me pregunto qué será esta vez. ¿Chanel n^o 5? ¿Dos litros de refresco? ¿La pócima mágica que tenía que beber para pasar al siguiente nivel de aquel videojuego que abandoné hace veinticuatro años? Esta vez resulta que es una botella de muestras médicas llena hasta arriba de orina.

Soy incapaz de entender cómo ha llegado eso ahí, de manera que le pido a la paciente que me ilumine. Resulta que tiene que entregar a su agente de la condicional muestras de orina limpias y, en lugar de escoger la opción más fácil de no tomar drogas, le pide a su madre que orine en un frasco que luego se introduce en la vagina y, desde ahí, vierte la orina en el tarro de muestras que le entrega la agente de la condicional. Pienso en todo el papeleo que me va a generar documentar esto en mi informe, así que finjo no haber formulado la pregunta y la envío a casa.

Lunes, 29 de enero de 2007

Mi paciente favorita falleció hace un par de semanas y me dejó bastante tocado. No es que fuera una muerte inesperada: KL tenía ochenta y muchos años, un cáncer ovárico con metástasis, y llevaba ingresada en la unidad desde que empecé a trabajar aquí, salvo por un par de breves estancias en su casa. Apenas un metro y medio de descaro polaco, con ojos brillantes y risueños, le encantaba explicar largas y enrevesadas historias de su país natal que, invariablemente, dejaban de interesarle justo en el momento en el que se ponían

interesantes; casi todas las acababa con un «blablablá» y un ademán de indiferencia con la mano.

Y lo mejor de todo: despreciaba al especialista con el que yo trabajaba, el profesor Fletcher. Lo llamaba «viejo» cada vez que lo veía, por más que ella le sacara como mínimo quince años, solía darle golpecitos con el dedo índice en el pecho mientras le explicaba algo y en una ocasión incluso pidió ver a su superior. Yo solía esperar con ganas el momento de acudir a verla como parte de la ronda de visitas, pues siempre manteníamos una buena charla y tenía la sensación de que había llegado a conocerla de verdad.

KL detectó enseguida que yo era polaco, a pesar de que mi familia lleva tres generaciones en Inglaterra criándose con británicos y enviando a su prole a escuelas caras. Me preguntó por el apellido original de mi familia y le dije que era Strykowski. Y contestó que le parecía una lástima que un buen apellido polaco como ese hubiera desaparecido; me dijo que debería sentirme orgulloso de mi herencia y volvérmelo a cambiar.

En el transcurso de todos aquellos meses había conocido a todos sus hijos, así como a numerosos amigos y vecinos que acudían a visitarla. «¡Ahora me quieren!», decía. Y, pese a decirlo en tono de broma, era evidente por qué todo el mundo la apreciaba: tenía una personalidad magnética.

Me entristeció mucho la noticia de su muerte. Decidí ir al funeral, pues me pareció lo correcto. Había cambiado el turno de la tarde para poder asistir y, a modo de cortesía, se lo hice saber al profesor Fletcher.

Me dijo que no podía ir, que los médicos no van a los funerales de los pacientes porque no es profesional. No me quedó claro el porqué. Su argumento se basaba en la línea que separa lo personal y lo profesional, cosa en la que estoy de acuerdo hasta cierto punto, pero su tono parecía insinuar que yo quería asistir al sepelio para seducir a sus nietas y quedarme con algo del testamento. Sospecho que a esta idea subyace la sensación anticuada de que los médicos «pierden» o «fracasan» cuando un paciente muere, que existe un cierto elemento de culpa o vergüenza. En realidad, no se trata de una actitud sostenible en ginecología, donde siempre va a haber un porcentaje alto de incremento de pacientes. Fue una decepción, en parte porque había

llevado a la tintorería un traje para acudir al funeral, pero era mi jefe y sus instrucciones eran muy claras.

Por supuesto, asistí al funeral de todos modos, entre otras cosas porque habría sido exactamente el tipo de «jódete» que ella habría querido lanzarle. Fue un servicio bonito y estoy seguro de que hice lo correcto, tanto por mí como por los amigos y los familiares a quienes conocí en el hospital. Además, me acosté con uno de sus nietos. **60**

RESIDENTE DE CUARTO AÑO

Soy consciente de que todo el mundo se queja de su sueldo y cree que merece cobrar más, pero eso no impide que yo repase mi época de residente con cierta objetividad y afirme que me pagaban una miseria. El dinero no está para nada a la altura de la responsabilidad que tienes (literalmente, decisiones de vida o muerte) y, además, está el hecho de que te has pasado seis años en la facultad de Medicina, has trabajado como médico tres y has empezado a acumular cualificaciones de posgrado. Y aunque haya a quien le parezca correcto que un médico cobre menos dinero a la semana que un maquinista de tren, hay que añadir el hecho de que nuestras semanas laborales implican más de un centenar de horas de trabajo penoso afrontadas de manera incansable, lo cual supone que los parquímetros situados fuera del hospital cobran más por hora que el médico.

Aun así, los médicos no acostumbran a quejarse del dinero. No es una profesión que uno haga para forrarse, por más que digan algunos politicastos bocazas. Además, si no estás contento con tu sueldo, te fastidias. Los sueldos públicos están centralizados y toda la profesión cobra igual. A lo mejor el Estado debería dejar de llamarlo «salario» y empezar a llamarlo «ayuda», reconocer que lo que cobran los médicos está por debajo del salario normal, pero que trabajan por vocación y no por ningún imperativo económico.⁶¹ Nada en este trabajo se rige por los principios convencionales de compensación de los empleados. No existe la posibilidad de obtener bonificaciones (lo más parecido son las cuarenta libras que les pagan a los residentes de primer año por firmar un formulario a los directores de las funerarias en el que confirman que el paciente que está a punto de ser incinerado no lleva

marcapasos. Los marcapasos estallan durante el proceso de incineración y se llevan por delante el crematorio y a los allí presentes, tal como, según se cuenta, descubrió una familia durante un funeral especialmente accidentado.) Bien pensado, es casi lo contrario a una paga en función del rendimiento. No hay que impresionar a los superiores ni pisotear a los compañeros ni pelear por un ascenso: uno medra por las filas a la velocidad reglamentaria.

Todo el mundo parece creer que a los médicos les dan mejores asientos en los aviones, pero, en realidad, eso solo sucede si se ponen un traje... y solicitan un empleo en la empresa privada, ganan más dinero y se compran un billete en clase *business*. Y es cierto que tienes acceso rápido e ilimitado a todo tipo de opiniones médicas informales de cualquier especialidad si en algún momento te encuentras mal o enfermas. Pero, menos mal, porque hay pocas posibilidades de que puedas tomarte un día libre en el trabajo para acudir a un ambulatorio. Aun así, no estoy seguro de que lo de proporcionar consejo médico a todos tus amigos a la menor oportunidad compense. Oírás más a menudo la frase «¿Te importaría echarle un vistazo rápido?» que «Hola, ¡qué alegría verte!».⁶² Mi único y pequeño consuelo fue no tener que dar consejo médico a mis parientes, ya que la mayoría de ellos son médicos.

Todos los médicos se enfrentan a la falta de promoción y de incentivos económicos, pero lo peor es lo difícil que resulta que alguien te diga: «¡Buen trabajo!». Los mayordomos del palacio de Buckingham, que tienen orden de salir discretamente de las estancias caminando de espaldas y sin establecer nunca contacto visual con la reina, probablemente obtengan más reconocimiento que nosotros. De hecho, a mí no me sorprendió durante años (hasta la quinta o sexta vez que me picaron la cresta por alguna cagada estúpida causada en alguna medida por un error humano) que ninguno de los especialistas con los que había trabajado me hubiera llevado a un aparte para decirme que lo estaba haciendo bien o que había tomado una buena decisión de gestión, que había salvado una vida, que había reaccionado rápido y de manera inteligente, o para darme las gracias porque me hubiera quedado en el trabajo para cubrir el trigésimo turno consecutivo sin quejarme. Nadie entra a trabajar en el sistema público de salud por los aplausos o esperando que le den una medalla de oro o

una piruleta cada vez que hace un buen trabajo, pero es de psicología básica (y de sentido común) reconocer, cuando no premiar, el buen comportamiento y rendimiento de vez en cuando para sacar lo mejor del personal.

En cambio, los pacientes son de otra pasta. Cuando uno te daba las gracias, sabías que te las daba de verdad, aunque tuvieras la sensación de que no lo hacía por nada especial, sino por uno de los horrores menos importantes con los que habías topado aquel día. Yo conservo todas y cada una de las tarjetas que me regalaron los pacientes. Las tarjetas de cumpleaños y las postales navideñas de familiares y amigos normalmente acababan en la basura, pero las de los pacientes han sobrevivido a todas las mudanzas e incluso han escapado a mi limpieza catártica de papeleo médico cuando «colgué la bata». Fueron pequeños guiños que me ayudaron a seguir adelante, chutes de consideración por parte de mis pacientes que me tocaron la fibra sensible cuando mis jefes no pudieron o no quisieron hacerme un favor.

Hasta que me incorporé a mi tercer empleo como médico interno residente no empecé a tener la sensación de contar con el auténtico reconocimiento de un especialista. Tras unos cuantos meses contratado, mi supervisora clínica me comunicó que un médico adjunto dejaba el puesto antes de lo previsto para dedicarse a la investigación y me planteó si me interesaría cubrirlo en las listas de tareas. Me dijo que estaba impresionada con mi trabajo en el departamento. Yo sabía que era mentira, puesto que solo habíamos coincidido en dos ocasiones: una en una inducción y otra para pegarme una bronca por recetarle a una paciente antibióticos orales en lugar de intravenosos. Estaba claro que lo único que había hecho era revisar los currículums de todo el mundo y había descubierto que yo era el que llevaba más tiempo trabajando como residente. No obstante, a veces no importa cómo te reconozcan, sino que lo hagan, de manera que le sonreí de oreja a oreja y le contesté que estaría encantado.

También era consciente de que aquello conllevaría una diferencia práctica importante para mí. Tras tres años juntos, H y yo estábamos dando el siguiente paso hacia una relación adulta y nos planteábamos comprarnos un piso. Decidí renunciar a un trayecto más corto al trabajo a cambio de contar con una base permanente, un lugar al que

pudiéramos llamar de verdad «hogar», un lugar en el que poder colgar un cuadro en la pared sin que nos descontaran cincuenta libras del depósito del alquiler. A aquellas alturas, la mayoría de mis amigos de otras profesiones andaban ascendiendo por el segundo peldaño de la escalera de la propiedad inmobiliaria, y ya se sabe lo que pasa cuando todos tus amigos hacen algo y tú no, ya se trate de perder la virginidad, de sacarse el carnet de conducir o de dilapidar cientos de miles de libras en un cuchitril con carcoma..., a nadie le gusta ser el último.

Como cada penique del salario ayuda a la hora de conseguir una hipoteca, le pregunté a la especialista si me pagarían como médico adjunto mientras ocupaba su puesto. Ella soltó una carcajada tan larga y estentórea que estoy seguro de que pudo oírse en toda la planta de maternidad a pesar de las puertas dobles.

Lunes, 12 de febrero de 2007

Receto una píldora del día después en urgencias. La paciente me dice: «Ayer me acosté con tres tipos. ¿Con una sola pastilla basta?».

Jueves, 22 de febrero de 2007

Me paso la mañana revisando tres meses de extractos bancarios con el agente hipotecario para que evalúe mis gastos. «Tú no sales mucho, ¿verdad?», me pregunta al hacer el cómputo total. Por una vez me siento agradecido por mi trabajo: no habríamos ahorrado suficiente para la entrada si pudiera disfrutar de la vida social normal de alguien a punto de cumplir los treinta. Es bastante deprimente ver en qué me gasto el dinero: mucho café, mucha gasolina y mucha pizza para llevar; necesidades y sentido práctico. No invierto demasiado en diversión ni frivolidades extralaborales: ni pubs, ni restaurantes, ni cines, ni vacaciones. Espera, espera, ¿qué es eso? Ah: ¡entradas para el teatro!, seguidas de un pago a una floristería, tras plantar a H en el ultimísimo minuto. Lo más deprimente es que ocurre con la suficiente frecuencia como para que no sea capaz de recordar la urgencia o la escasez de personal de esa ocasión en concreto.

Miércoles, 28 de febrero de 2007

En la clínica ginecológica, me conecto a Internet para buscar unas directrices sobre la gestión de una paciente. El departamento de informática del hospital ha bloqueado el sitio web del Real Colegio de Obstetricia y Ginecología y lo ha etiquetado como «pornografía».

Lunes, 12 de marzo de 2007

Estoy bastante seguro de que si al final no se me da bien la obstetricia y la ginecología podría reinventarme como psiquiatra en unos quince minutos: básicamente he aprendido a hacerlo de manera autodidacta durante una docena de conversaciones con Simon. Esta noche yo estaba bastante estresado cuando me ha llamado y me he quejado un poco del trabajo. Como era de prever, mis lamentos han parecido aliviarle. O bien es un sádico mala persona y le gusta pensar que mis días son espantosos o bien le conforta saber que la vida de los demás tampoco es perfecta. Al fin y al cabo, a la tristeza le encanta la compañía..., basta echar una ojeada a la sala común de los médicos para verlo.

Quizá es como cuando tienes una relación de verdad por primera vez y conoces a la familia de tu pareja, y descubres que tu familia no es la única que es un desastre con docenas de secretos turbios y malos hábitos en la mesa. Hoy, antes de colgar, a Simon le ha dado un ataque de risa histérica cuando le he contado que un trozo de placenta ha salido volando y me ha aterrizado en la boca durante una extracción manual y que he tenido que ir al departamento de salud laboral para informar de lo sucedido. Ahora que lo pienso, quizá sí que es un poco sádico.

Jueves, 15 de marzo de 2007

Le pregunto a una paciente de la clínica de atención prenatal que cuántas semanas tiene, señalando su barriga. Se produce una larga pausa. Carraspeos. Plano lento de un valle desértico. No a todo el

mundo se le dan bien las matemáticas, pero lo que le pido es un número entre el seis y el cuarenta, un número que le preguntan constantemente. Finalmente pregunta:

—¿En total?

—Sí, en total.

—Madre mía, si ni siquiera sabría decírselo en meses...

¿Tendrá amnesia? ¿Será un clon de otra mujer a la que tienen prisionera en la guarida de un villano maléfico de ciencia ficción? Empiezo a preguntarle cuándo fue la última vez que tuvo la regla cuando me interrumpe:

—Bueno, voy a cumplir treinta y dos años en junio, así que eso deben de ser más de mil semanas...

Santo Dios.

Jueves, 22 de marzo de 2007

Idea de negocio: un busca con un botón de «posponer 5 minutos».

Jueves, 5 de abril de 2007

La venganza es un plato que se sirve frío... siempre que no acabe envenenando a la persona equivocada. Me han llamado para ir a examinar a una paciente en planta: le habían realizado un drenaje laparoscópico de un absceso pélvico por la mañana y había tenido el pulso alto durante toda la tarde. Al examinar su informe leo que la dama en cuestión, de cincuenta y tantos años, había descubierto el día de su aniversario de bodas que no era la única persona a quien su esposo había regalado un collar de perlas y, al parecer, había reaccionado al más puro estilo del porno *amateur*: se largó con la tarjeta de crédito de su esposo a Trinidad y Tobago y mantuvo relaciones sexuales con cuantos hombres pudo durante quince días, ampliando su repertorio en el dormitorio (y en la playa) a la penetración anal.

Al regresar a casa, sin poder juntar las piernas, pero con la cabeza bien alta, comenzó a sufrir un espantoso dolor abdominal y empezó a expulsar monzones purulentos tanto por su Trinidad como por su

Tobago. Le diagnosticaron enfermedad pélvica inflamatoria⁶³ y ni siquiera los antibióticos intravenosos consiguieron desterrarla (según parece, por el Caribe circula una gonorrea de categoría nuclear). Con suerte, la intervención de hoy le permitirá volver a ponerse en funcionamiento.

Pero resulta que el pulso agitado no se debía a ninguna complicación quirúrgica, sino a su llanto desconsolado. Le he preguntado qué le sucedía y me ha explicado que su hijo de dieciocho años iba a ir a visitarla al día siguiente y que no sabía qué decirle: ¿cómo reaccionaría cuando descubriera por qué estaba hospitalizada? La he tranquilizado diciéndole que cualquier chaval de dieciocho años preferiría despellejarse las pelotas y sumergirlas en vinagre antes que preguntarle a su madre por qué está en una planta de ginecología. Usar la expresión «problemas de mujeres», sobre todo si la pronuncia en un susurro mirándole directamente a los ojos, le hará cambiar de tema de inmediato, aunque tenga que provocar un pequeño incendio a modo de distracción. Se acaban las lágrimas y el pulso recupera la normalidad. Aunque quizá sí que le convenga pensar una excusa plausible para ese bronceado increíble...

Lunes, 9 de abril de 2007

Hoy se han publicado las notas. No sé cómo, pero me las he ingeniado para aprobar la primera parte del examen de MRCOG y lo celebro en el pub con Ron. Por desgracia, las bebidas son sin alcohol porque después tengo que dirigirme derecho al turno de noche y doy por sentado que, si me presento borracho, alguien va a fruncir el ceño. Ron aprobó hace poco sus exámenes de contabilidad de posgrado y comparamos los resultados. Mientras en su empresa le redujeron el horario para que pudiera estudiar, yo tuve que hacerlo con los ojos inyectados en sangre después del trabajo. Ron tuvo todo un mes de baja para prepararse el examen; yo solicité una semana de vacaciones, pero quedaban huecos en la hoja de rotación y acabaron por cancelármela en el último minuto y sin discusión posible. Su empresa le pagó las tasas del examen y los materiales necesarios; yo tuve que desembolsar trescientas libras en concepto de libros de texto,

quinientas por un curso, cien para poder consultar los recursos en línea y las cuatrocientas del examen en sí, mil trescientas libras en total, solo dos tercios de mi salario bruto mensual.

Y, encima, mis reflexionadas respuestas ni siquiera las ve un ser humano: se trata de un examen tipo test en el que marcas las respuestas a lápiz en una retícula que luego se escanea y puntúa un ordenador. Le enseño a Ron el lápiz que birlé en el RCOG.

A él lo ascienden automáticamente y le suben el sueldo por aprobar el examen; en mi caso, lo único que significa es que puedo presentarme a la segunda parte.

«No —me dice Ron con mirada compasiva—. No. Lo único que significa es que te has gastado mil trescientas libras en un lápiz.»

Jueves, 19 de abril de 2007

Control de Infecciones envía un mensaje por correo electrónico en el que informa a todos los médicos de que, a partir de ahora, las camisas de manga larga quedan prohibidas en el entorno clínico. Un estudio ha analizado unos cuantos puños y ha descubierto que sería más higiénico que lleváramos camisas confeccionadas con heces humanas frescas y viales mal cerrados de ébola. Al parecer, lo mismo sucede con las corbatas, que, al colgar, rozan heridas supurantes y distribuyen bichos de polinización cruzada por todo el hospital como si de abejas de poliéster decididas a sembrar la muerte se tratara.

A partir de ahora debemos llevar siempre camisas de manga corta, así que destierro de un plumazo toda esperanza de salir en una portada de *Vogue* mientras trabajo y voy de compras a gastar mis ahorros en cinco de esas cosas. Las camisas de manga corta, según nos indican, pueden llevarse sin corbata o con una pajarita, lo cual nos da la opción de vestirnos como un azafato de vuelo o como un pedófilo. Yo paso, gracias. ¿Té? ¿Café? ¿Una toallita caliente?

Miércoles, 2 de mayo de 2007

Acabo de rellenar el consentimiento de una pareja para practicar una cesárea. «¿Alguna pregunta?», pregunto en voz alta.

—Sí —salta su niño de seis años—. ¿Cree que Jesús era negro?

Sábado, 5 de mayo de 2007

En lugar de un programa de incentivos para el trabajo, he inventado mis propios beneficios adicionales: me llevo ropa desechable a casa para usarla de pijama y robo alguna que otra cena de los pacientes por la noche. Es la una de la madrugada, me muero de hambre y es mi única posibilidad de comer algo en las próximas siete horas, de manera que me cuelo en la cocina de la planta de ginecología. Es evidente que no soy el único que ha visto que puede birlar comida gratuita: en el frigorífico hay un nuevo cartel en el que se advierte al personal que las comidas son exclusivamente para los pacientes. Puesto que los sistemas de seguridad en funcionamiento no son exactamente sofisticados, estoy convencido de que con un papel A4, un taco de Blu Tack y un texto en Comic Sans no van a conseguir impedir los hurtos.

La exquisitez de esta noche es «Sucedáneo de carne picada con pasas». Cualquiera diría que han pedido a una consultora que busque las opciones de menú menos atractivas posibles. Creo que me voy a arriesgar y voy a dejar que la adrenalina y el Red Bull me mantengan operativo.

Sábado, 12 de mayo de 2007

Mi filosofía para volar es subir a bordo tan borracho que ningún azafato en su sano juicio quiera tenerme cerca de un pasajero enfermo, cosa que me ha funcionado en los últimos años.⁶⁴ Pero el karma se ha vuelto en mi contra esta noche, no en el vuelo en sí, sino doce horas más tarde, en Glasgow, donde he acudido a pasar el fin de semana. Ha sido al regresar a pie al hotel tras cenar y tomar copas, copas y más copas con Ron y su esposa, Hannah.

Mientras caminábamos por Bath Street a la una de la madrugada, hemos visto a tres chavales adolescentes pasando el rato cerca de las escaleras de un sótano, frente a la puerta de una tienda, rodeados por

una cantidad extraordinaria de sangre. Parecía una escena irreal, una escena de asesinato de la típica película de domingo tarde. Se los veía a todos un poco desmejorados, aunque probablemente no tuvieran peor aspecto que nosotros, y uno se estaba desangrando a través de lo que parecía una gran hemorragia arterial en el antebrazo. Imposible calcular cuánta sangre había salido disparada y había encharcado los alrededores, pero desde luego más de un litro. El chaval estaba consciente a duras penas y nadie había hecho nada por cortarle la pérdida de sangre.

Me ha vuelto la sobriedad de golpe y les he dicho que era médico. Los amigos han señalado hacia la puerta de vidrio de la tienda, hecha añicos, y me han explicado que se ha resbalado y se ha caído, como si el hecho de que hubiera intentado entrar a robar en una tienda de periódicos y refrescos le importara a alguien en esos momentos. Ya habían llamado a una ambulancia, pero le he pedido a Ron que telefonara a urgencias para acelerar su aparición y le he pedido a Hannah que desgarrara alguna camiseta para hacerle un torniquete. Mientras, le he sostenido al chaval el brazo en alto bien apretado. Tenía el pulso lento y muy débil,⁶⁵ y la conciencia le iba y le venía. No he dejado de hablarle en ningún momento, asegurándole que la ambulancia estaba muy cerca, que soy médico y que se iba a poner bien. Da igual la cantidad de veces que lo digas o si es verdad o no (al menos la parte de que soy médico es cierta), tienes que creértelo porque ellos necesitan creérselo.

Parecía que estaba a punto de entrar en parada cardíaca y ya le estaba practicando una PCR mentalmente, de manera que no he tenido que pensármelo dos veces cuando ha ocurrido. ¿Es legal hacerse cargo de una urgencia estando borracho? Estaba convencido de estar gestionando la situación correctamente, pero no quedaría demasiado bien si el chaval moría conmigo en ese estado. Gracias al cielo, la ambulancia ha llegado casi de inmediato, se lo han llevado pitando y le habrán suministrado los fluidos necesarios para salvarle la vida. Bien está lo que bien acaba, pero he tenido una sensación espantosa de impotencia mientras esperaba a que apareciera la ambulancia. Al llegar al hotel me he servido una miniatura de doce libras del minibar y justo entonces he caído en la cuenta de que incluso

en un avión habría contado con más recursos para ayudarlo. El whisky también habría sido más barato, por cierto.

Lunes, 14 de mayo de 2007

En la sala de médicos, mi amigo Zac, que actualmente trabaja en traumatología, me cuenta que suele confundir mentalmente las palabras «hombro» y «codo» y que tiene que concentrarse mucho antes de usar uno de los dos términos. Antes de que me dé siquiera tiempo a procesar su lapsus y lo que podría implicar para su próximo paciente, una médica adjunta de cuidados intensivos que está sentada en el sofá contiguo mete baza: desde la infancia siempre se equivoca con las palabras «coma» y «concha». Cuanto más intenta recordar cuál es cual, más se convence mentalmente de que se está equivocando. Nos muestra un trozo de papel que lleva en el billetero en el que se lee:

CONCHA = Caracol.
COMA = Paciente.

Según nos explica, le evita la escena sin duda hilarante de sentarse junto a una esposa inconsolable y darle la noticia de que su esposo está en una concha.

Martes, 12 de junio de 2007

Faltan cinco minutos para que acabe mi turno y necesito salir puntual para ir a cenar fuera. Como es natural, me piden que examine a una paciente: tiene un desgarro de segundo grado⁶⁶ y la comadrona que la está cuidando me dice que aún no la han autorizado a reparar ese tipo de desgarros.⁶⁷

Yo: «A mí tampoco me han autorizado a hacerlo».

Comadrona: «Usted no necesita autorización para hacer nada: es médico». (Deprimente, pero cierto.)

Yo: «¿Y no hay ninguna otra comadrona que pueda encargarse?».

Comadrona: «Está haciendo su pausa».

Yo: «Yo también estoy en mi pausa». (Falso.)

Comadrona: «Usted no tiene pausas». (Deprimente, pero cierto.)

Yo (rogándole en un tono de voz que hasta entonces no sabía que podía emitir, como si hubiera desbloqueado un nivel secreto de mis cuerdas vocales): «Es mi cumpleaños». (Deprimente, pero cierto.)

Comadrona: «Estamos en la planta de maternidad: siempre es el cumpleaños de alguien».

Martes, 19 de junio de 2007

Envían un correo electrónico a todo el personal de la clínica informándonos de que han transferido a un paciente psiquiátrico interno a la planta de trastornos respiratorios tras diagnosticarle neumonía. No es un aviso del tipo: «Saludadlo si lo veis» que te dan cuando transfieren a un niño nuevo a tu colegio. Ayer descubrieron que había ido deambulando por la planta como aquel que se va el último de una boda y apura los culos del champán de las copas, aunque en este caso él se bebió el contenido de todos los tarros para esputos que encontró en las mesillas de noche de otros pacientes.

Nos aconsejan que enviemos todas las muestras clínicas inmediatamente al laboratorio y que no dejemos ninguna al alcance de la mano por el momento. Alguien ha contestado con un «¡Uy!», que vendría a ser como ver explotar un reactor nuclear y decir: «¡Vaya!».

Martes, 26 de junio de 2007

Hace días que estoy castigado. Estábamos en casa de una amiga de H, Luna. Luna está embarazada y justo antes de la cena sacó un álbum de fotos de sus recientes ecografías en 3-D. Di por supuesto que mis pensamientos acerca de las ecografías 3-D (que no tienen ningún cometido aparte de enriquecer a las empresas de 3-D y aburrir hasta la muerte a los invitados a una cena) caerían como un jarro de agua fría, así que lo hojeé educadamente con todos los demás.

«¿Te parece que está todo bien?», me preguntó Luna. A mí me apetecía decirle: «Es una ecografía normal, igual que todas», pero

sospeché que se armaría un cierto revuelo en la estancia, de manera que le sonreí con dulzura, le devolví las fotos y le dije: «La niña está perfectamente». La temperatura de la estancia descendió unos diez grados de golpe y la palabra «asesinato» destelló de manera clara en los ojos de Luna. «¿Cómo que la niña? ¿Es una niña?»

Es la primera vez que meto la pata con esto, por decirlo de alguna manera, y lo peor de todo es que me pasara con una amiga, no con una paciente. La cena pareció durar quince días; todo el mundo evitaba establecer contacto visual conmigo y dejaban caer los platos sin ningún cuidado delante de mí.

No ayudó que ya hubiera tensión en casa. Hace dos semanas, nos comunicaron que no nos vendían el piso que queríamos comprar. Al parecer, sin tener en cuenta en absoluto mi tensión arterial ni el hecho de que nuestra relación empezara a desmoronarse, los dueños finalmente decidieron no vender. Sospecho que simplemente decidieron no vendérsela a nosotros, probablemente porque alguien les debió de ofrecer algo más de dinero. Por suerte, solo nos hemos gastado un par de miles de puñeteras libras en notarios, tasadores y todas esas mandangas. Sé más sobre ese piso (en el que nunca más volveré a entrar) que sobre ninguno de mis parientes de sangre más allegados. Todo el mundo nos dice que estas cosas pasan por un motivo. En nuestro caso, el motivo es que el mundo favorece a los capullos y está claro que quiere que invirtamos hasta el último de nuestros momentos de ocio con agentes inmobiliarios durante los próximos meses.

Pero la vida continúa, aunque sea salpicada por molestos recordatorios. Para empezar, la cuenta bancaria arrasada y, para continuar, el hecho de que, a menos que me desvíe cinco minutos para evitar el síndrome de estrés postraumático, pasaré por delante del piso que se nos ha escapado de las manos cada día de camino al trabajo. Y hoy, sorprendentemente, como para demostrarme que no me queda más escapatoria, la pareja que nos jodió vivos ha acudido a la clínica de atención prenatal. No los conocía en persona, pero tenía delante de mis ojos su dirección, exactamente la dirección que está rasgando de manera permanente mi felicidad.

En una película de Tarantino, aquí vendría la parte en la que saco dos espadas de samurái y les suelto una diatriba de diez minutos

acerca del honor, la venganza y el respeto antes de decapitarlos. En realidad, me limito a decirles: «Hola, soy Adam, uno de los médicos», y no tienen ni idea de quién soy en realidad. La moralidad, la integridad y la legalidad restringen tristemente las oportunidades de venganza a casi cero, de manera que he sobrellevado su cita como mejor he sabido, aunque me rechinaran los dientes. No estaba al cien por cien seguro de que el bebé estuviera en posición cefálica,⁶⁸ de manera que le he realizado una ecografía rápida a la madre. El bebé estaba bien colocado y todo iba sobre ruedas.

—¿Quieren oír el latido? —les he preguntado—. Ahí está. Todo parece normal. Ahí hay un brazo, aquí el otro, esto es una pierna y este es el pene.

—...

—¡Vaya! ¿No lo sabían?

Sábado, 30 de junio de 2007

El diario publica una noticia sobre un conserje de hospital al que han encarcelado por fingir ser médico durante los últimos años. Acabo de terminar uno de esos turnos en los que me pregunto si conseguiría fingir ser conserje.

Martes, 10 de julio de 2007

Es evidente que necesito cambiar mi discurso. Suelo decir algo así: «No he podido ver nada en la ecografía externa simplemente pasando la sonda por el vientre, pero eso no significa que exista ningún motivo de preocupación; a menudo resulta difícil detectar los embarazos de este modo en su fase inicial. ¿Le importa que le realice un ultrasonido con una sonda interna para verlo mejor?».

Después del incidente de hoy, si mi licencia para ejercer la práctica médica continúa intacta, mi nueva arenga será: «No he podido ver nada en la ecografía externa simplemente pasando la sonda por el vientre, pero eso no significa que exista ningún motivo de preocupación; a menudo resulta difícil detectar los embarazos de este

modo en su fase inicial. ¿Le importa que le realice un ultrasonido con una sonda interna para verlo mejor? Ahora voy a rebuscar en un cajón y voy a sacar un condón y un sobrecito de gel KY. Solo para que quede claro: el condón se usa para cubrir la sonda del ultrasonido y el gel se aplica para lubricarlo. Cuando lo vea en mis manos, por favor, no grite tan alto que tres miembros del personal entren corriendo en la consulta».

Lunes, 23 de julio de 2007

Le doy el alta a una paciente de la unidad de cirugía ambulatoria para que regrese a casa tras una esterilización laparoscópica. Le digo que puede volver a mantener relaciones sexuales cuando se sienta preparada, pero que use un método anticonceptivo alternativo hasta que le venga la siguiente menstruación. Le hago un asentimiento de cabeza a su marido y le digo: «Eso significa que el señor tiene que ponerse un condón». No acabo de entender a qué vienen sus caras de espanto y descomposición, como las de los nazis al final de *En busca del arca perdida*. ¿Qué he dicho? Es el consejo que tengo que dar, ¿no? Vuelvo a mirarlos a ambos y caigo en la cuenta de que, en realidad, el hombre es su padre.

Martes, 31 de julio de 2007

Anoche una de las residentes de primer año apareció en urgencias tras intentar suicidarse ingiriendo una sobredosis de antidepresivos. Los médicos parecemos no inmutarnos. La única sorpresa es que no ocurra con más frecuencia: es una profesión que conlleva muchísima responsabilidad, combinada con una supervisión mínima y un apoyo emocional nulo.⁶⁹ Trabajas hasta la extenuación, más allá de lo que razonablemente nadie puede exigirte, e invariablemente acabas sintiéndote como si no supieras lo que haces. A veces tienes esa sensación, cuando en realidad lo estás haciendo bien, y otras veces es cierto que no sabes lo que haces.

Por suerte, esta ocasión ha sido del segundo tipo y la compañera se ha tomado una dosis completamente inocua de antidepresivos. En cualquier otra profesión, si el trabajo de alguien lo condujera a intentar suicidarse, se esperaría que se abriera una investigación para averiguar lo ocurrido y que se hiciera un esfuerzo concertado para evitar que vuelva a suceder. Pero aquí nadie ha dicho nada; nos hemos enterado a través de amigos, como si estuviéramos en el patio del colegio. Dudo que, en caso de haber muerto, nos hubieran enviado siquiera un mensaje de correo electrónico. A mí no suele escandalizarme nada, pero la ineptitud deliberada con la que los hospitales tratan a su propio personal nunca deja de sorprenderme.

ADJUNTO – PRIMER DESTINO

Cuando eres residente de primer año, crees que el médico adjunto que te asignan es una persona inteligentísima y de una corrección intachable, un poco como Dios, o como Google, y procuras no molestarlo bajo ninguna circunstancia. Cuando ya pasas a segundo año y en adelante, es tu punto de referencia siempre que te quedas atascado y necesitas una respuesta: una red de seguridad compuesta de palabras sabias a solo un pitido de distancia. Y luego, antes de darte cuenta, el médico adjunto júnior eres tú.

En obstetricia y ginecología, eso significa que normalmente eres la persona con más experiencia en la clínica. Eres tú quien acostumbra a encabezar la ronda de visitas. Y pasan a llamarte «señor Kay», en lugar de simplemente «doctor», lo cual hace que la década previa de estudios parezca una absoluta pérdida de tiempo. Se espera de ti que instruyas a los estudiantes de Medicina, y también que te encargues de realizar las intervenciones más complicadas. Y lo más importante: diriges la sala de partos. Hay médicos adjuntos sénior y posiblemente incluso algún especialista disponible si te ves obligado a pulsar la tecla de DEFCON 1, pero en este punto es cuando, por lo general, eres responsable de mantener con vida a una docena de madres de parto y sus bebés. Esta probablemente necesite una cesárea, estas dos tendrán un parto instrumentalizado y esta tiene una hemorragia. Adquieres una capacidad sorprendente de priorizar. Es como si vivieras en un acertijo de lógica constante, aquel del barco, el zorro, la gallina y el saco de cereales, salvo por el hecho de que hay una docena de gallinas, todas van a tener trillizos y el barco está hecho de azúcar.

Suena espantoso (y, en ocasiones, lo fue), pero el día que me estrené como médico adjunto júnior tenía la sensación de caminar en una nube. No me había sentido tan optimista desde el día en que aprobé la carrera, prácticamente podría decirse que cagaba confeti. De repente me hallaba a medio camino de convertirme en especialista: si mi carrera fuera una semana, estaría disfrutando de la tarde del miércoles. Conseguir un empleo como médico adjunto sénior solo quedaba a unos años de distancia y ya me veía haciéndolo, incluso haciéndolo bien. Tenía la sensación de que todo empezaba a encajar, tanto en el trabajo como en casa, como si finalmente hubiera comprendido que durante todo este tiempo me había estado guiando por un mapa del revés. Por una vez, mi vida no parecía deprimente en comparación con las de mis amigos con otras profesiones. Tenía un piso, tenía un coche (más) nuevo y una relación (más o menos) estable. Me sentía satisfecho. No ufano ni pagado de mí mismo, sino muy distinto de los años en los que me había sentido hasta cierto punto insatisfecho con cómo habían ido las cosas.

Era consciente de que muchos de mis colegas no tenían tanta suerte, sobre todo en lo relacionado con sus vidas familiares. La mía se mantenía a flote gracias a unos niveles sobrehumanos de tolerancia y comprensión, mientras que la mayoría de las relaciones de los médicos se desmoronaban al cabo de un año, más o menos, aunque las grietas aparecían mucho antes, como si se tratara de un extraño trastorno de envejecimiento prematuro.

Desde luego, los horarios no ayudan. Después de cuatro o cinco años de sanidad pública en vena, salir tarde del trabajo, madrugar y cubrir a colegas se había convertido en costumbre. Existe entre las personas de otras profesiones la idea generalizada de que los médicos llegamos a casa a las diez de la noche en lugar de a las ocho de la tarde por decisión propia, pero, en realidad, la única decisión que puedes tomar es si joderte tú o joder a tus pacientes. Lo primero resulta molesto, mientras que lo segundo puede conllevar la muerte de otras personas, de manera que de decisión, nada. El sistema funciona gracias a una plantilla esquelética y, salvo en los turnos más tranquilos, depende de la caridad de los doctores para permanecer en sus puestos más allá de los horarios que estipulan sus contratos. Iría en contra de todo lo que representamos poner en riesgo

conscientemente la seguridad de los pacientes, así que no lo hacemos, lo cual implica que trabajamos horas extras prácticamente después de cada turno. Por supuesto, los médicos no son los únicos que hacen horas extras; lo mismo puede decirse de abogados y banqueros, pero al menos ellos pueden convertirse en «guerreros de fin de semana», soltarse la melena y decepcionar a sus ancestros en una ráfaga de cuarenta y ocho horas de hedonismo irredento. Nosotros solemos pasar los fines de semana en el trabajo.

Pero el horario no es la única causa del fracaso de nuestras relaciones: cuando regresas a casa, no acostumbras a ser buena compañía. Estás agotado y a la que salta por el estrés de la jornada, e incluso le niegas a tu pareja la charla de después del trabajo en la que te cuenta cotilleos sobre sus colegas. En cuanto empieza con sus batallitas sobre su empleo, que seguramente no implica experiencias cercanas a la muerte, a menos que trabaje como equilibrista, bombero o personal de un Burger King con autoservicio, casi por acto reflejo reconduces ese viejo barco y te pones a largar acerca de los horrores de tu propio día.

El subconsciente acaba decidiendo por ti. O bien no consigues desconectar de lo malo que ha ocurrido en el trabajo y te vuelves una persona permanentemente distraída y obsesionada en casa o bien desarrollas un exoesqueleto emocional endurecido, cosa que al parecer no se considera un atributo ideal en una pareja.

A aquellas alturas, algunos de mis colegas ya tenían hijos y sus vidas se habían convertido en el infierno infinito de ocuparse de sus cuidados, añadiendo así la «culpa» al libro de texto de psicología emocional que te legan cuando decides dedicarte profesionalmente a la medicina. Yo no tengo hijos, pero podía entender que a mis colegas se les partiera el alma teniéndose que conformar con llamarlos por teléfono para darles las buenas noches en lugar de arroparlos en la cama y leerles un cuento. Es más, con bastante frecuencia se perdían incluso esa llamada porque había una debacle en la planta de maternidad. Un amigo que trabajaba en cirugía general un día no pudo asistir a la intervención de urgencias de su propio hijo porque estaba realizando una operación no urgente al hijo de otra persona y nadie podía cubrirlo.

Cuando me ascendieron a médico adjunto júnior me di cuenta de una interesante paradoja: al mismo tiempo que te vas convirtiendo en un experto a la hora de priorizar en el trabajo, sueles volverte cada vez más torpe a la hora de establecer tus prioridades en la vida real. Sin embargo, durante un tiempo tuve la sensación de ser la excepción que confirmaba la regla, el único que lo tenía todo bajo control a su manera y cuya vida discurría por el buen camino. Ahora solo hacía falta no descarrilar...

Jueves, 16 de agosto de 2007

Historia de terror. La paciente GL, cuya estructura genética parece estar compuesta en un cincuenta por ciento por bayas de goji y en el otro cincuenta por ciento por publicaciones en sitios web para madres, ha anunciado que se quiere comer la placenta. La comadrona y yo fingimos no oírlo, en primer lugar, porque desconocemos cuál es el protocolo del hospital al respecto y, en segundo lugar, porque es asqueroso. GL lo llama «placentofagia» para que suene más serio, cosa que no surte efecto; cualquier cosa suena más seria traduciéndola al griego antiguo.⁷⁰

Nos explica que se trata de algo natural en otros mamíferos, otro argumento defectuoso, puesto que no dejamos que otros mamíferos hagan cosas como presidir un Parlamento o conducir autobuses, ni normalizamos otras cosas que hacen, como follarse el mobiliario o comerse a sus cachorros (o «pedofagia», como seguramente lo llamaría ella).

Encauzo la conversación hacia el asunto más apremiante de ajustarle el fórceps a la cabeza de su bebé y sacarlo. Sale con facilidad y el bebé está bien..., y continuará estándolo hasta que, en lugar de llevarlo a la escuela, su madre decida educarlo en casa y vayan de vacaciones en familia a campamentos nudistas con tipis indios. Un par de minutos después extraigo la placenta y miro hacia arriba para mantener la delicada conversación sobre lo que GL quiere que haga con ella. Tiene una bandeja médica en la mano y se está metiendo puñados de coágulos de sangre en la boca.

«Pero ¿la placenta no es esto?», pregunta con sangre resbalándole por la comisura de los labios como si fuera la asquerosa progenie de Drácula y el Monstruo de las Galletas. Le explico que son solo unos coágulos que he dejado en un cuenco después de que saliera el niño. Se pone primero pálida y luego verde. Es evidente que la sangre no es el delicioso aperitivo posparto que imaginaba que sería la placenta. Sostiene en alto la bandeja y vomita dentro, fuera y alrededor. Perdón, quiero decir que experimenta hematemesis.

Miércoles, 19 de septiembre de 2007

Correo del jefe de administración de la Escuela Universitaria:

Querido Adam:

Como sabes, te agradecemos tu compromiso con la docencia universitaria. En el futuro, cuando envíes correos electrónicos a los estudiantes de cuarto curso acerca de las sesiones docentes, ten la amabilidad de referirte a nuestra institución como Escuela Universitaria, en lugar de como Escuela Urinaria.

Martes, 2 de octubre de 2007

Saco mi teléfono de la taquilla tras una jornada agotadora en la sala de partos. Siete llamadas perdidas de Simon y un puñado de mensajes en el contestador, todo de esta mañana. Dudo antes de pulsar el botón de reproducción: algo me dice que será demasiado tarde, casi me preparo mentalmente para lo que le diré al juez de instrucción. Resulta que el capullo de Simon llevaba el teléfono en el bolsillo y me ha llamado sin querer...

Miércoles, 24 de octubre de 2007

Estamos teniendo una noche tranquila en la sala de partos, de manera que me voy a la habitación para las guardias, me tumbo en la cama y husmeo un poco en Facebook. Alguien ha publicado un enlace a un

cuestionario donde, de una lista de cien opciones, tienes que marcar las cosas que hayas hecho en la vida. ¿Alguna vez has visitado la Gran Muralla china? ¿Has montado en avestruz? ¿Te has enfrentado a los seguratas de una *celebrity* en una piscina de un hotel de Las Vegas? Constató que he hecho muy pocas de esas cosas. Compruebo mi correo electrónico y luego me hago una paja.⁷¹

A media paja suena el busca de emergencia.⁷² Vuelvo a ponerme los pantalones desechables y voy corriendo a la sala de partos: la madre está empujando y el bebé presenta cardiotocografía no reactiva, sumamente preocupante. Transcurrido menos de un minuto desde que he entrado en la sala, ya he sacado al bebé con fórceps. Tanto la madre como el pequeño están bien, gracias al cielo. Ahora puedo reescribir mi propia lista y marcar la casilla «Ayudé a nacer a un bebé estando empalmado».

Jueves, 1 de noviembre de 2007

Apenas acabo de empezar a hacer una cesárea de emergencia cuando una de las residentes que tutorizo irrumpe en el quirófano para decirme que la cardiotocografía de una paciente en otra sala tiene muy mala pinta y podría necesitar un parto instrumentalizado. El médico adjunto sénior está realizando una operación ginecológica de emergencia compleja y repulsiva en el quirófano principal y esta residente es una médico generalista en prácticas que apenas lleva seis meses en el puesto, de manera que solo quedo yo. Le pido que le haga una foto a la cardiotocografía con su teléfono para comprobar la gravedad del asunto e intentar urdir algún plan.

Cuando regresa al quirófano ya he sacado al bebé y estoy empezando a coser el útero. La cardiotocografía es mucho peor de lo que me había descrito la residente y aún me faltan quince minutos más de sutura. Doy otro punto para que el útero deje de sangrar y le pido a la enfermera de quirófano que le coloque un paño húmedo sobre el abdomen abierto a la paciente (cuando la dejo tiene el aspecto de un Teletubby espantoso), me disculpo y salgo corriendo para sacar con fórceps sin tardanza al otro bebé. Apenas le he quitado las pinzas de la cabeza cuando el indicador de emergencia empieza a sonar con

gran estrépito en la puerta de la habitación contigua. Otra cardiotocografía no reactiva, que en esta ocasión requiere la extracción del pequeño con una ventosa y luego solventar la hemorragia posparto.

Cuando regreso al quirófano inicial para acabar de rematar la cesárea original han transcurrido prácticamente noventa minutos y, una vez tengo esa concluida, es el momento de transferirle los casos al adjunto júnior de la mañana. Le explico mi relato de superhéroe esperando que sugiera que rebauticen el hospital en mi honor. Pero lo único que obtengo como respuesta es un «Sí, ya pasa», como si acabara de mencionar que en la cafetería se han quedado sin cruasanes.

Lunes, 5 de noviembre de 2007

Una paciente de la clínica de atención prenatal me dice que Dorothy la ayuda por las mañanas con el estrés. ¿Quién es Dorothy? ¿Su tía abuela a la que acompaña a comprar en un extraño ejercicio de relajación, como si de un perro de asistencia a la salud mental se tratara? Me informa de que Dorothy es como llaman en la calle a la ketamina.⁷³

«¿Va bien para el estrés?», le pregunto sinceramente interesado en conocer la respuesta.

Lunes, 12 de noviembre de 2007

Han convocado a todo el personal quirúrgico a la Facultad de Nefrología para darnos una charla sobre seguridad asistencial. La semana pasada se le extirpó a un paciente el riñón izquierdo, que tenía completamente sano, y se lo dejó con el riñón derecho, que no le servía para nada.

Nos recuerdan que, en los últimos tres años, se han practicado orificios en el lado incorrecto del cráneo en quince ocasiones en este país, quince ocasiones en las que el neurocirujano no supo distinguir la derecha de la izquierda mientras sostenía un taladro contra una

cabeza. Parece haber base para retirar la máxima «apenas se le puede llamar cirugía cerebral».

El hospital hace hincapié en que errores como el de la complicación del riñón no vuelvan a repetirse, aunque es un poco tarde para el pobre tipo, cuyas cenizas seguramente se hayan esparcido ya en la playa equivocada.

El resultado es que el nuevo protocolo hospitalario estipula que, para entrar en quirófano, a partir de ahora los pacientes deben llevar dibujada una flecha grande con rotulador en la pierna derecha o izquierda, en función del lado que haya que intervenir. Levanto la mano y pregunto qué ocurre si el paciente tiene un tatuaje con forma de flecha en la pierna equivocada. Suscito una educada carcajada entre los presentes y el especialista me dice que soy un payaso.

Martes, 13 de noviembre de 2007

Recibo un correo electrónico del doctor Vane, al cargo de la Dirección Clínica, en el que me indica que, si un paciente tiene un tatuaje de una flecha en cualquiera de las piernas, hay que cubrirlo con cinta Micropore y dibujar una nueva flecha con rotulador indeleble en la pierna correcta. A partir de ahora, este dato se incluirá en el documento de política interna y me agradece mi valiosa aportación.

Martes, 8 de enero de 2008

La población está engordando más rápido de lo que uno va en moto al cine cuando la película está a punto de empezar. Hoy van a cambiar por segunda vez en dos años la mesa de operaciones de la sala de partos porque el mes pasado una mujer superaba el peso máximo según la «tabla de obesidad» recién establecida.

Soy consciente de que es un tema delicado, pero ser tan corpulento como para que sea preciso utilizar equipamiento hospitalario especial para atenderte debería ser una pista de que ha llegado el momento de echar el freno.

La mesa (aún más) nueva incorpora unas alas enormes en los laterales que se levantan para evitar «desbordamientos», como una

versión industrial de la mesa extensible que utiliza la abuela en Navidades para que quepan las sobras. Intuyo que aguantaría incluso el peso de un crucero de lujo: se requirieron diez hombres, equipamiento hidráulico y sus buenas dos horas para meterla en el quirófano. Supongo que el siguiente problema será que atraviese el suelo, caiga a la planta de abajo a media cesárea y acabe con todo el Departamento de Dermatología de golpe, que son quienes están en el piso de abajo.

Sábado, 19 de enero de 2008

Hoy he caído presa total del síndrome de Estocolmo y he decidido ir a trabajar en mi sábado libre. «Si me estás siendo infiel, prefiero que me lo digas», ha dicho H.

Ayer realicé mi primera HTA SOB⁷⁴ y quería asegurarme de que la paciente se encontraba bien. Cada vez que me ha sonado el teléfono esta mañana he dado por sentado que era un mensaje del equipo del fin de semana para indicarme que se le había abierto la herida o que le había perforado los intestinos, cercenado un uréter o dejado que se desangrara internamente hasta la muerte. Básicamente, necesitaba comprobar que todo iba bien para no volverme loco.

Como es obvio, la paciente estaba bien y ya la había examinado mi colega Fred. Entonces he empezado a sentirme mal: no me gustaría que Fred pensara que no confío en que esté haciendo bien su trabajo (aunque no confíe), de manera que me he escabullido ágilmente de la planta para pasar desapercibido. Aunque tal vez no haya sido tan ágil, porque he tropezado con él al salir del hospital y he tenido que fingir que «pasaba por allí» y se me ha ocurrido asomarme a comprobar que la paciente estuviera bien.

«No te culpo», me ha dicho Fred con un encogimiento de hombros, y acto seguido me ha explicado que la primera paciente a quien realizó una intervención importante había fallecido en el hospital. La había examinado de manera obsesiva y había planificado sus cuidados posoperatorios con suma meticulosidad. Y resultó que el día que iban a darle el alta se atragantó comiendo un sándwich de huevo duro y murió.

Ahora me estoy planteando no administrar alimentación por vía oral a mi paciente hasta que le dé el alta, solo para curarme en salud. Después de «pasarme por allí», realizo el trayecto de una hora de duración de regreso a casa y reflexiono sobre lo que H ha dicho antes. Aunque quisiera ser infiel, creo sinceramente que estaría demasiado cansado hasta para desabrocharme los pantalones.

Martes, 26 de febrero de 2008

Estoy a punto de realizarle una histeroscopia⁷⁵ a la paciente FR y, mientras le explico en qué consiste el procedimiento, me pregunta: «¿Qué es lo peor que podría sucederme?». Los pacientes siempre preguntan lo mismo y preferiría que no lo hicieran, porque es evidente que la respuesta más sincera es que podrían morir. En su caso, como en el de cualquiera que lo pregunte, las posibilidades de morir son infinitesimales, pero la pregunta me obliga a mencionar a la Parca justo antes de la operación.

En los últimos meses, siempre que alguien me ha preguntado «¿Qué es lo peor que podría pasar?», he contestado: «El mundo podría estallar». Generalmente, con ello consigo que la paciente se dé cuenta de su catastrofismo y rompemos un poco el hielo. Además, no es mentira: un día estallará y no dudo de que a mí me sorprenderá trabajando en la planta de obstetricia y ginecología.

En esta ocasión, FR está firmemente convencida de que el mundo se acabará de verdad en los próximos cinco años y me invita a una conferencia que imparte David Icke⁷⁶ en la Brixton Academy la semana siguiente. ¿Qué es lo peor que podría pasar?

Viernes, 29 de febrero de 2008

Las ocasiones especiales suelen incentivar a las pacientes a introducirse objetos especiales en la vagina y el recto. Las Navidades, en concreto, han sido generosas y me han obsequiado con un hada («¿La quiere?», «Sí, la lavaré un poco y quedará como nueva»), una vulva hinchadísima debido a una alergia por contacto con muérdago y

quemaduras vaginales leves en una paciente que se había metido dentro una tira de lucecitas y las había encendido (dando así un nuevo significado a la expresión: «Iluminación interior navideña»). Es mi primer año bisiesto como médico y una paciente me ha obsequiado con una lesión muy muy específica.

La paciente JB decidió aprovechar este día tan especial y proponerle matrimonio a su novio, incurriendo incluso en el gasto de comprar un anillo de compromiso, tomándose la molestia de guardarlo dentro de un Kinder Sorpresa y haciendo un alarde de imaginación introduciéndoselo en la vagina. Pensaba sugerirle a su pareja que la tocara y, cuando lo descubriera y lo extrajera, se arrodillaría para pedirle en matrimonio (y, seguramente, para otras cosas). Inesperado, desagradable y supongo que romántico a partes iguales. Por desgracia, su novio no consiguió extraérselo como estaba previsto (ya que el huevo se había movido y ahora estaba perpendicular), y por más que la paciente se movió y se sacudió, la gallina no logró poner su huevo de oro. Cabe decir que la mujer estaba tan decidida a mantener la sorpresa que se negaba a explicarle qué había hecho ni por qué, pero al final decidió que tenían que acudir al hospital, y acabamos reunidos en el box número tres. Fue un parto muy fácil con un par de fórceps con esponjas.

A aquellas alturas, la paciente todavía no me había dicho qué contenía el huevo, de manera que se produjo un momento de confusión cuando le pidió a su novio que lo abriera. Le di al muchacho un par de guantes de látex, destruyendo el último resquicio de romanticismo de la escena. Ella le formuló la pregunta y él contestó que sí, no sé si por la conmoción o por el temor a la reacción de una mujer capaz de hacer eso con un Kinder Sorpresa en caso de ser rechazada. Me pregunté dónde guardaría el padrino de bodas las alianzas durante la ceremonia.

Lunes, 17 de marzo de 2008

No estoy seguro de quién decidió que, como los médicos júnior tenemos tanto tiempo libre, debemos realizar auditorías anuales, pero la reunión de este año está programada para esta semana, de manera

que me siento a revisar los informes de los pacientes tras mi turno nocturno, con la misma desgana que lady Chatterley se acostaba con su marido castrado, sir Clifford. Además de recopilar los datos oficiales de la prueba de APGAR⁷⁷ para la auditoría, he detectado por casualidad un hallazgo interesante y he incorporado algunos datos adicionales.

Introducción

En nuestra unidad nacen 2500 bebés al año, unos 750 de ellos por cesárea. El cirujano redacta un informe manuscrito de la intervención de cada paciente, el cual sirve de informe legal permanente de la operación.

Métodos

He revisado personalmente los informes de 382 cesáreas, correspondientes a las intervenciones realizadas entre enero y junio de 2007.

Resultados

En 109 casos (el 28,5 por ciento), el cirujano que ha realizado la intervención ha escrito «cesária» en lugar de «cesárea».

Conclusión

En casi un tercio de los casos, mis colegas son idiotas y son incapaces de escribir bien el nombre de la única operación que tienen que recordar.

Jueves, 17 de abril de 2008

En la planta de maternidad, a veces son los pequeños detalles los que cuentan: un roce en el brazo y un gracias susurrado por una madre demasiado exhausta por el parto como para hablar, la Coca-Cola *light* que un residente te compra porque tienes pinta de estar hecho polvo, el gesto de asentimiento con el que el especialista te dice «lo tienes controlado»... En otras ocasiones, lo que marca la diferencia son

hechos enormes, como que el marido de una paciente me lleve a un aparte después de una cesárea para darme las gracias y mencione que es el director de *marketing* de una importante marca de champán y me pida el nombre y la dirección para poder enviarme «un detalle». Me paso la semana soñando con chapotear en una piscina gigantesca de champán llena hasta el borde de ese maná caro y burbujeante, en un espectáculo tan grotesco como hortera.

Hoy me ha llegado un paquete al trabajo y, no me gustaría parecer desagradecido, pero ¿en serio? Una gorra de béisbol y un llavero de la marca de champán.

Lunes, 21 de abril de 2008

Realizo una cesárea asistido por un estudiante de Medicina con resaca. Con la posible excepción de las diatermias,⁷⁸ que huelen deliciosamente a beicon frito, los aromas y las imágenes de los quirófanos de la maternidad no son el mejor escenario para la mañana después de una juerga. Echemos un vistazo a los ingredientes: más de medio litro de sangre derramada, un tsunami de fluido amniótico cuando cortas el útero, el bebé cubierto por más mugre de la que encontrarías en el desagüe de una residencia para gatos y la placenta, que huele invariablemente a semen rancio, nada que te apetezca cuando tus eructos aún saben a Jägermeister con Redbull y supuras el curri picante que has desayunado para despejarte por los globos oculares. Una vez extraído el bebé, justo mientras yo andaba suturando el útero, el alumno se ha desmayado y ha caído de morros sobre el abdomen abierto. «Quizá deberíamos administrar a la paciente algún antibiótico», ha sugerido el anestesista.

Martes, 13 de mayo de 2008

Jugando al trivial en el pub con Ron y otros amigos, una de las preguntas es: «¿Cuántos huesos tiene el cuerpo humano?». Me descuento de unos sesenta, para la indignación general de mis compañeros de equipo. Intento explicarme: es algo que nadie te

explica y que no tienes por qué saber, ya que no existe ninguna situación clínica en la que necesites emplear dicha información. Es irrelevante. Yo no esperaría que Ron fuera capaz de decir cuántos tipos de impuestos existen... Pero es demasiado tarde. Detecto en los rostros horrorizados de todo el mundo que están revisando cuántas veces le han pedido consejo a un médico que no sabe ni siquiera cuántos huesos tiene el cuerpo humano. Otros tres equipos dan la respuesta correcta.⁷⁹

Lunes, 2 de junio de 2008

Clínica de atención prenatal. Una comadrona solicita mi presencia para evaluar a su paciente, una primípara⁸⁰ de treinta y dos semanas que ha acudido para un chequeo rutinario. La comadrona no ha logrado detectar el latido del corazón del bebé con el Sonicaid⁸¹ y quiere que le eche un vistazo. Es algo que pasa bastante a menudo y en el 99 por ciento de los casos todo está bien. Yo suelo agarrar una máquina de ecografías portátil, la empujo sobre el carrito como si fuera una azafata y enseguida les muestro a los padres el corazón de su hijo en un monitor. Luego la vuelvo a sacar rodando de la consulta, sonriendo como el presentador de un concurso televisivo. Cuando han sufrido la angustia de escuchar en vano el latido del corazón de su hijo, lo único que quieren es que alguien les muestre una prueba inequívoca en una pantalla.

Pero esta vez se trata a todas luces del otro uno por ciento, y lo sé en el preciso momento en que entro en la sala. Esta comadrona sabe bien lo que hace y está pálida como el papel. La paciente es una doctora generalista casada con un especialista en oftalmología, de manera que se da la extraña circunstancia de que todos los presentes sabemos que sucede algo grave. Ni siquiera soy capaz de decir «Estoy convencido de que todo está bien» antes de colocarle la sonda de ultrasonido.

Para complicar aún más las cosas, tengo que solicitar que acuda un especialista para confirmar la muerte fetal para el informe, aunque ambos padres saben que he estado explorando las cuatro cavidades inmóviles del corazón de su bebé en la pantalla. La madre se comporta

de manera racional, práctica, sosegada: activa su modo profesional y levanta un escudo emocional tan alto como el mío. Él está deshecho. «Nadie tendría que enterrar a su propio hijo.»

Jueves, 5 de junio de 2008

En estos meses, mis rotaciones me han llevado de aventura por el hospital siguiendo un orden aparentemente aleatorio: primero a la clínica de atención prenatal, después a cirugía ginecológica, de allí a la clínica de fertilidad, más tarde a la sala de partos y últimamente a realizar colposcopias y ecografías, de manera que, a estas alturas, tengo la sensación de que no conozco a nadie. He abandonado ya la esperanza de ver algún rostro conocido, excepto el de la persona que me sirve el café con leche en la cafetería.

Lo menos habitual de todo es ver a la misma paciente más de una vez, pero, en mi ronda de tarde por la planta de maternidad, veo a la médico generalista a la que diagnosticué una muerte intrauterina en la clínica hace unos días. Está de parto inducido.⁸² La paciente y su esposo parecen extrañamente contentos de verme: un rostro familiar, alguien que no requiere una explicación y que ya está al corriente de lo que sucede puede ser un consuelo en un día tan espantoso y temible.

¿Qué demonios les puedo decir? Tengo la sensación de que en nuestra formación hay una laguna horrorosa, porque nadie nos ha explicado cómo hablar a las parejas de duelo. ¿Les aliviará que les hable en positivo de la próxima vez o solo agravará su pena? Me gustaría darles esperanzas, pero tengo la sensación de que no debo hacerlo. Es el equivalente extremo de decir «el mar está lleno de peces» tras una ruptura con una pareja, como si los bebés fueran totalmente intercambiables, siempre que tengas uno. ¿Debo decirles cuánto lo siento por ellos? ¿O sería un gesto egoísta que no haría más que obligarlos a gestionar los sentimientos de otra persona? Seguramente ya tengan a muchos familiares llorando por los rincones; no necesitan más dolor. ¿Y qué hay de un abrazo? ¿Sería demasiado? ¿Demasiado poco?

Decido ceñirme a lo que sé. Les hablo en términos prácticos de lo que ocurrirá en las próximas horas. Tienen mil preguntas, a las que

procuro responder lo mejor que sé. Me queda claro que así es como gestionan la situación por ahora: la medicalizan.

Regreso a verlos cada hora para comprobar cómo lo llevan. Son más de las ocho de la tarde y decido quedarme en la planta de maternidad hasta que el mortinato nazca. H espera que regrese a casa en cualquier momento, pero le miento en un mensaje de texto diciéndole que ha surgido una urgencia y tengo que quedarme. No sé por qué no soy capaz de explicarle la verdad. También le miento a la paciente cuando me pregunta por qué sigo allí cuando son más de las once de la noche. «Estoy sustituyendo a alguien», respondo. Tengo la sensación de que mi presencia, aunque no mis dotes para la conversación, les ayuda un poco.

El feto nace poco después de medianoche, tomo muestras de sangre de la madre y del padre y les explico las pruebas que podemos realizar para determinar la causa de la muerte fetal. Optan por practicarlas todas, algo comprensible, pero eso supone que tengo que tomar muestras de piel y de los músculos del bebé, la peor parte de mi trabajo, al menos para mí. Cuando empecé me angustiaba tanto que casi tenía que apartar la mirada cuando lo hacía. Ahora me he insensibilizado un poco ante algo a lo que nunca pensé que podría insensibilizarme y ya soy capaz de mirar. Pero me parece desgarradoramente triste tener que practicar cortes a un mortinato. Esperamos que los bebés sean bonitos, perfectos, puros... Y a menudo no lo son. Al verlo sé que lleva muerto un par de semanas: está flácido, tiene la piel escamada y quemada y la cabeza blanda. «Lo siento —le digo mientras tomo las muestras que necesito—. Ya está. Ya he acabado.»

Vuelvo a vestirlo, alzo la mirada a un Dios en el que no creo y digo: «Cuida de él».

Martes, 10 de junio de 2008

Me para la policía en Holland Park. «¿Sabe que acaba de saltarse un semáforo en rojo, caballero?» Respondo sinceramente que no. Conducía hacia casa con el piloto automático, absolutamente exhausto

tras un turno de noche implacable que ha incluido cinco cesáreas. Solo espero haber estado más atento en el quirófano que en la carretera.

Les explico a mis camaradas en el servicio público que acabo de salir de la planta de maternidad de un hospital tras trabajar durante trece horas. Les importa un bledo: me ponen una multa de sesenta libras y me quitan tres puntos del carnet.

Miércoles, 18 de junio de 2008

Tengo práctica hablando en código a los pacientes. Pronunciar la palabra equivocada puede marcar la diferencia entre que un paciente decida construir un altar en tu honor o te acuse históricamente de tramar su muerte. De ahí que tengamos nuestros equivalentes a deletrear P-A-S-E-O delante del perro o S-E-P-A-R-A-C-I-Ó-N T-E-M-P-O-R-A-L para despistar a tu hijo de cinco años con la oreja puesta.⁸³ Sin embargo, no son solo los pacientes a quienes hay que mantener en la inopia de vez en cuando. En este trabajo también he tenido que desarrollar un código para que la señora Bagshot no me entienda, con el único objetivo de sobrevivir a sus interminables rondas de visitas de especialista. Cuando necesito una dosis de cafeína, le digo al médico interno que vaya a «examinar a la señora Buckstar» y él se escapa a Starbucks para comprarme un café. Hace tres meses que trabajamos juntos y diría que aún no ha descifrado mi código infalible. O eso o le pone mi aliento a café.

Viernes, 20 de junio de 2008

Le enseño al médico interno residente un método para cerrar la piel con grapas que creo que da un resultado cosmético tan bueno como las suturas el 25 % de las veces.⁸⁴ Aplica la técnica de maravilla, pero al final descubro que ha usado diez grapas. Le explico que da mala suerte cerrar una herida con un número par de grapas y le pido que ponga una adicional en medio de la incisión. No soy supersticioso (podría quedarme alegremente bajo una escalera o vivir en una casa llena de paraguas abiertos), pero es algo que me enseñaron hace unos años y se

lo he transmitido a los médicos bajo mi tutela desde entonces. La ciencia puede superar lo sobrenatural, pero, una vez alguien te dice que una técnica médica trae mala suerte, opino que más vale prevenir que curar. A nadie le gusta que le suene el busca en plena noche porque unos intestinos han decidido salir por sorpresa del abdomen de un paciente.

Tras conocer todos los detalles sobre cómo evitar esta inminente crisis procedente del más allá, el residente agarra la grapadora para poner el talismán final y, por accidente, me grapa la yema de un dedo.

Jueves, 3 de julio de 2008

Hace dos días que la paciente TH me dice que su sacaleches tiene un micrófono oculto. He tenido que prometerle que lo investigaremos porque cuando al principio intenté tranquilizarla se puso a gritar acusándome de estar de parte de los rusos. Diagnosticué que padece psicosis puerperal,⁸⁵ cosa que no admite discusión, pero no conseguí convencer a los psiquiatras de que estaba lo bastante chiflada como para que la visitaran. No estaban seguros de que hubiera riesgo de autolesión ni para el bebé, como si un traumatólogo se negara a ver a un paciente que se ha fracturado la pierna alegando que no iba a participar en la Maratón de Nueva York.

Hoy recibo una llamada de urgencias: la paciente TH está siendo examinada por psiquiatría después de que la haya traído la policía. El Starbucks que hay abajo del hospital ha telefoneado a emergencias después de que se haya subido a una mesa, se haya desnudado por completo y haya empezado a cantar «Holding out for a Hero». Resulta útil saber qué consideran los psiquiatras «autolesión».

Viernes, 4 de julio de 2008

La paciente NS se presenta en la clínica para que le sustituyan un pesario de anillo perdido.⁸⁶ Nos pregunta si hay alguna opción distinta al pesario anular, porque ahora le trae «malos recuerdos». Tiene cincuenta y ocho años y hace unas semanas estaba bailando en

la boda de su sobrina, con una ropa interior «bastante escueta» bajo el vestido. Su vigoroso baile de la Macarena hizo que el pesario se le desplazara, cayera a la pista de baile y fuera rodando alegremente hasta detenerse a los pies del padrino de bodas.

«¿Qué es esto? —bramó él sosteniéndolo en alto—. ¿El cochecito de alguien ha perdido una rueda? ¡No! ¿Es un mordedor de niño?» La paciente abandonó la pista de baile y la boda antes de descubrir si el pesario había acabado o no en la boca de algún pobre crío. Le ofrezco un pesario vaginal de Gellhorn⁸⁷ y una sonrisa compasiva.

Lunes, 7 de julio de 2008

Llamada de emergencia a una sala de partos. El marido estaba haciendo el imbécil con una pelota para partos, se ha caído y se ha abierto la cabeza.

Martes, 8 de julio de 2008

La expresión «montaña rusa de emociones» suele ser la frase de moda en la planta de obstetricia y ginecología, pero nunca había visto un bucle tan rápido como el de hoy. Un residente me ha llamado para que acudiera a la Unidad de Primer Trimestre de Embarazo a confirmar un aborto espontáneo a las ocho semanas: es la primera vez que se enfrenta a hacer una ecografía y prefiere contar con otro par de ojos. Recuerdo esa sensación demasiado bien y me escapo a ayudarlo. Ha manejado las expectativas de la pareja con destreza y les ha dejado claro que no pinta bien: cuando entro, ambos están tristes y en silencio.

Lo que no ha hecho demasiado bien es la ecografía. Habría dado lo mismo que se la hiciera en el dorso de la mano o a un paquete de galletas. El feto está perfecto... y también lo está el otro bebé, que no ha detectado. No estoy seguro de haber tenido que dar esa buena noticia antes.⁸⁸

Jueves, 10 de julio de 2008

La semana que viene H y yo nos vamos de vacaciones quince días a las Mauricio para celebrar que hace cinco años que estamos juntos. Me emociona pensar en vivir sin estar pendiente del busca y albergo la esperanza de no haber olvidado cómo se tiene una relación que no conste de desayunos acelerados y mensajes de texto de disculpa.

El problema de vivir en una burbuja es que solo hace falta un pinchacito para que estalle. Y el pinchazo cobra forma de mensaje de correo electrónico remitido por el Departamento de Personal Médico en el que se me comunica que tengo que trabajar el fin de semana de en medio. Ninguno de mis colegas puede cambiarme el turno y no sé cómo asistir en el parto de bebés a través de Skype, de manera que respondo al Departamento de Personal Médico explicándoles mi problema. Me siento tan hundido como cuando te convocan al despacho del director del colegio y tienes que negar que has robado regaliz de la tienda de golosinas con los dientes teñidos de negro.

Conozco a colegas que han tenido que acortar su luna de miel o se han perdido funerales de algún familiar, de manera que las posibilidades de que cambien una hoja de turnos por unas vacaciones son prácticamente nulas. Se niegan a organizar que me cubra un interino; su mejor sugerencia es que regrese a Inglaterra un par de días y luego vuele de vuelta a las Mauricio. No tengo muy claro que vaya a salir airoso explicándole esto en un mensaje de texto a H.

ADJUNTO – SEGUNDO DESTINO

Siempre me sentiré sumamente orgulloso de haber trabajado para el Sistema Nacional de Salud de Reino Unido. Al fin y al cabo, ¿quién no ama el sistema público? (Bueno, aparte del ministro de Sanidad.) Es un activo nacional distinto de todos los demás; nadie habla con cariño del Banco de Inglaterra, por ejemplo. El porqué es fácil de entender: el sistema público de salud cumple la labor más asombrosa de todas las que existen y todos nos beneficiamos de ella. Te trajimos al mundo cuando naciste y un día cerraremos la cremallera de una bolsa contigo dentro, pero no antes de haber intentado primero todo lo que la ciencia médica permita para mantenerte entre nosotros. De la cuna a la tumba, tal como Bevan prometió en 1948.⁸⁹

Te escayolaron el brazo que te rompiste haciendo deporte en el colegio, dieron quimioterapia a tu abuela, te trataron la clamidia que trajiste de tus vacaciones, te recetaron el inhalador y todo ello de manera gratuita, como por arte de magia. No hace falta que compruebes la cuenta bancaria después de reservar cita: el sistema público está siempre ahí para ayudarte.⁹⁰

A los que estábamos al otro lado, saber que trabajábamos para el sistema público quitaba hierro a muchos aspectos laborales: los horarios infernales, la burocracia, la falta de personal o el hecho de que bloquearan inexplicablemente Gmail en todos los ordenadores de un hospital en el que trabajé (¡gracias, tíos!). Sabía que formaba parte de algo bueno, importante, insustituible, y quería aportar mi granito de arena. No tengo una ética laboral digna de elogio, no se aplica a todo lo que he hecho desde entonces (como mi editor puede

atestiguar), pero el sistema público es especial, y la alternativa da pánico.

Deberíamos considerar las facturas hospitalarias desorbitadas de los Estados Unidos el fantasma de las Navidades futuras si se privatiza el sistema sanitario. Los políticos pueden fingir ser bobos, pero no lo son, y van a intentar atraernos a su casita de chocolate. Nos prometerán que solo van a modificarse algunos puntos muy concretos del sistema público, pero no habrá rastro de migas que nos ayude a encontrar el camino de vuelta a través del bosque. Un día parpadaremos y la sanidad pública se habrá evaporado, y si ese parpadeo acaba en un derrame cerebral, tendremos un problema muy muy serio.

Mi opinión sobre la sanidad privada en Reino Unido cambió un poco durante mi etapa como médico adjunto. Antes no me parecía mal, pues la concebía en gran medida como las escuelas privadas: un puñado de gente rica que les ahorra a los contribuyentes unas cuantas libras desmarcándose y ocupándose de lo suyo. No veía dónde estaba el daño. Además, me veía atendiendo alguna que otra consulta privada como especialista, trabajando una tarde a la semana en una clínica privada, por ejemplo, o cubriendo esporádicamente una lista de histeroscopias si pensaba que me merecía un Mercedes, y quizá haciendo una cesárea al mes si creía que el Mercedes se merecía un chófer. Conocía a especialistas que llevaban esa vida y fantasear con tenerla yo también me ayudaba a mantenerme motivado.

Entonces, en mi segundo año como médico adjunto, empecé a trabajar de interino de manera habitual. Nos habíamos metido en una hipoteca un poco por encima de nuestras posibilidades y me pareció un modo sensato de conseguir que mis ausencias tuvieran al menos un efecto positivo en mis ingresos. Puesto que el tiempo libre escaseaba (y el poco que tenía no podía regalarlo porque no era solo mío), normalmente cubría turnos nocturnos entre dos jornadas normales en el hospital y, para garantizarme al menos una o dos horas de sueño, los hacía en hospitales privados o en alas privadas de los hospitales de la Seguridad Social, donde hay mucha menos faena.

En la actualidad, muchos amigos que han tomado decisiones vitales mucho mejores que yo me preguntan si creo que deberían tener a sus hijos en clínicas privadas. Son personas que piden vinos caros en

los restaurantes y que seleccionan con sumo esmero las casas en las que pasarán sus vacaciones, personas que saben que tal vez el dinero no dé la felicidad, pero que, sin duda, te permite adquirir cosas más agradables.

Pero resulta que esta teoría no funciona por lo que a los partos respecta. Es una lástima, porque si decides tener a tu hijo por lo privado te acabará costando unas quince mil libras y no te lo cubrirá la mutua. Desde luego que conseguirás un hospital más bonito y mejor comida. Y te harán una cesárea opcional si es lo que solicitas. De hecho, es posible que el especialista te anime a parir por cesárea, así te cobrarán más que esas quince mil libras y, además, saben que no les sonará el busca en medio de una cena para acudir a sacarte a tu hijo de dentro. Y si empiezas a sangrar unas horas después, cuando el especialista esté ya en su casa, será el médico residente el que se encargue de explorarte. En mi caso, si me tocaba a mí no había problema porque sabía hacerlo: formaba parte de mi empleo diurno. Pero yo veía el resto de la rotación y muchos de los colegas que realizaban suplencias en clínicas privadas trabajaban como médicos internos residentes, algunos de ellos en fases muy iniciales de la profesión, y estaban espantosamente infrapreparados para hacer frente a una situación como aquella.

¿Y qué ocurre si hay una urgencia grave que supera las capacidades de un solo doctor, una urgencia en la que se precisa a un equipo de obstetras, anestesistas, pediatras y quizá incluso médicos y cirujanos de otras especialidades? Entonces lo único que puedes hacer es llamar a urgencias y que transfieran a tu paciente a una unidad de la sanidad pública específica para cubrir estas situaciones y cruzar los dedos para que llegue allí con vida.

Es fácil buscar en Google los nombres de clínicas de maternidad privadas junto a las palabras «acuerdo extrajudicial» para consultar algunos casos concretos. Eso sí, como he dicho, la comida siempre es excelente. Lo que hay que decidir es si vale la pena morir por ella.

Personalmente, yo nunca quise arriesgarme a ser el médico a quien le tocara gestionar la situación cuando la cosa se pusiera fea, así que abandoné la medicina privada tras unos cuantos meses de cubrir aquellos turnos, lo cual fue una lástima porque ya había decidido de qué color llevaría el uniforme mi chófer.

Sábado, 9 de agosto de 2008

Mis amistades que no se dedican a la medicina siempre se quedan impresionadas cuando emito diagnósticos a simple vista, como si jugara a un nivel avanzado del «Veo, veo». Una mujer mayor en un autobús con Parkinson prematuro, un hombre en un restaurante con una lipodistrofia causada por la medicación para el VIH, el tipo con cambios en los ojos que denotan un colesterol alto, el típico aleteo de la mano causado por una afección hepática y los cambios en las uñas provocados por un cáncer de pulmón.

Pero claramente no todos los momentos ni todos los lugares son adecuados para hacerlo. «Trichomonas vaginalis», digo orgulloso mientras señalo el revelador flujo verde de la vulva de una *stripper*. Y, al parecer, con esas dos palabras arruino la despedida de soltero.

Lunes, 11 de agosto de 2008

Dilema moral. En un turno de interino en una unidad con varias salas de parto privadas, una comadrona me llama para que acuda a ver a una paciente que está haciendo los pujos y cuyo bebé presenta una cardiotocografía no reactiva. Le digo a la paciente que necesito ayudar a su hijo a nacer porque su cardiotocografía ha disminuido levemente. Añado que no da tiempo a esperar al especialista, pero que, literalmente, para mí es el pan nuestro de cada día y que todo va a salir bien. Lo entiende.

Salgo de la habitación y llamo a su especialista, el doctor Dolohov, una cortesía habitual en el caso de los pacientes privados. Su respuesta dista mucho de ser cortés. Me dice que está a solo un minuto de distancia y que acude ahora mismo: que bajo ningún concepto voy a asistir yo en el parto a «su» paciente. Regreso a la habitación y lo preparo todo para cuando llegue: fórceps, instrumental para el parto, material de sutura. Y luego decido que es ridículo, que el bebé está sufriendo y que su situación se deteriorará a cada momento que pase si no lo ayudo a nacer. ¿Qué pasa si ese minuto de distancia es como cuando el taxista que estás esperando te dice que llegará en «solo un

minuto»? Si el bebé nace mal por mi inacción, será a mí a quien expedientará el Consejo Médico General. Y lo que es aún peor, el perjudicado será el bebé. Si el tal doctor Dolohov quiere ponerme una queja, lo peor que puede pasar es que no vuelva a trabajar en un hospital en el que no tengo ningunas ganas de trabajar.

Extraigo al bebé. Tarda un momento en respirar, pero se reanima y los gases en el cordón umbilical⁹¹ revelan que no tenía sentido esperar. Asisto a la extracción de la placenta, suturo un ligero desgarró, limpio a la paciente y le digo: «Adam es un buen nombre». Lo va a llamar Barclay, naturalmente. Aún no hay ni rastro del especialista. Dilema moral resuelto de manera correcta.

Ya me he cambiado la ropa por otra indumentaria de quirófano desechable limpia cuando el señor Dolohov aparece por fin. Debo decir en su defensa que la comadrona le ha enseñado los resultados de los gases del cordón y me ha ofrecido sus más sinceras disculpas. Habría preferido que me hubiera ofrecido una gran suma de dinero, sobre todo porque cobrará a la paciente miles de libras por el parto que he asistido yo, pero qué se le va a hacer.

Viernes, 5 de septiembre de 2008

«¿Tienes algún sitio?», me pregunta el doctor Lockhart al unirme a él en la clínica de atención prenatal por la mañana. Tardo un momento en saber a qué se refiere: hemos estado pensando en las vacaciones y finalmente he contratado unas y me voy a Francia con H.

—Sí... Bueno, hemos reservado los billetes...

—¡No! ¡Un sitio! ¿Si tienes una casa allí?

Resulta casi encantador el poco conocimiento que tiene de la vida de un médico adjunto. Apenas podemos costearnos la hipoteca de un piso diminuto con los salarios de los dos; tener un escondite en Francia se me antoja tan improbable como comprar un caballo de carreras o hacer una visita a la Estrella de la Muerte. Pero, por otro lado, no es raro que un especialista tenga una segunda residencia: una luz de esperanza al final del túnel del médico adjunto.

Se disculpa porque hoy va a tener que salir de la clínica un poco antes; de hecho, probablemente debería irse ahora mismo. Hay

cincuenta y dos pacientes y yo soy el único médico. Es posible que haya una luz al final del túnel, pero el túnel mide ciento cuarenta kilómetros de largo, tiene heces incrustadas en las paredes de suelo a techo y tengo que comérmelas para poder salir de él.

Jueves, 11 de septiembre de 2008

Casi me echo a llorar al final de un turno de noche implacable cuando compruebo que en mi casilla hay un sobre que no es un recordatorio pasivoagresivo al respecto de algo relacionado con el aparcamiento o el gel de manos antiséptico: encuentro una cálida tarjeta de una paciente. La recuerdo bien. Le reparé un desgarró que sufrió hace un par de semanas durante un parto vaginal espontáneo.

Querido Adam:

Quería darte las gracias. Hiciste un trabajo fantástico. Mi médico de cabecera me ha revisado los puntos y dice que nadie diría que he tenido un bebé, por no decir ya un desgarró de tercer nivel... ¡Te lo agradezco muchísimo! Muchas gracias.

¡Es tan considerada! Una de esas cosas que hace que este trabajo merezca la pena. Incluso ha hecho la tarjeta ella misma: una bonita postal blanca de papel grueso adornada con la huella del pie de su bebé en pintura dorada en la portada. Aunque supongo que no tenía demasiadas opciones: no deben de vender muchas postales en las que ponga: «¡Gracias por arreglarme el ano!».

Martes, 16 de septiembre de 2008

En triaje de la planta de maternidad, una mujer está furiosa por el hecho de que tres o cuatro personas que han llegado después que ella hayan sido visitadas antes. «Si alguna vez voy a un hospital, señora — le dice una de las comadronas en tono sosegado—, prefiero ser la última en entrar, porque eso significa que todas las demás personas están más enfermas que yo.»

Jueves, 18 de septiembre de 2008

Me suena el teléfono a las ocho de la tarde. Doy por supuesto que es porque he olvidado que tenía un turno de noche o porque alguien no se ha presentado y me van a pedir que vaya al hospital haciendo *puenting* con una cuerda invisible. Por suerte, es mi amigo Lee, aunque suena un poco preocupado. Lee es, con diferencia, mi amigo más tranquilo, el menos «de bofetón», así que su llamada me resulta, cuando menos, alarmante. Trabaja como abogado penalista y suelo oírle hablar por teléfono con policías, jueces y personas por el estilo y preguntarles con alegría: «¿Y el ácido ha destrozado todo el cuerpo o solo el cráneo?» o «¿Qué dimensiones aproximadas tiene el genocidio del que estamos hablando?». Me pregunta si estoy libre para ir a su casa: Terry, su compañero de piso, se ha hecho daño y Lee sospecha que debería acudir al hospital, pero le gustaría saber mi opinión. Su casa no está lejos y no estoy haciendo nada que no pueda esperar, así que me acerco.

Y tanto que Terry se ha lesionado. De la acción más insignificante pueden derivarse las consecuencias más graves, y en este caso el «efecto mariposa» ha alcanzado sus máximas proporciones. Terry se ha hecho un corte en el pulgar abriendo una humilde lata de sardinas y se ha cercenado una pequeña arteria que en ese momento está irrigando el suelo. La yema del dedo le aletea como la boca de un Teleñeco. Incluso se le ve el hueso. Mi consejo profesional es que no solo es recomendable que acuda al hospital, sino que es crucial y urgente. Sospecho que muy pocas personas en el mundo estarían en desacuerdo conmigo sobre esto, pero, por desgracia, Terry es una de ellas.

Lee me lleva a la cocina un momento. Costará un poco convencer a Terry de acudir al hospital: bebe bastante y le preocupa que los análisis de sangre revelen algún daño hepático y deriven en una cascada de visitas médicas y una tristeza que no le interesan para nada. Eso también explicaría por qué sangra tanto y por qué la expresión «la sangre es más densa que el agua» no parece aplicarse en su caso.⁹²

Dedico un instante a negociar con Terry. Le digo que los médicos estarán demasiado ocupados con el hecho de que tiene medio pulgar colgando para preocuparse de nada más, pero es evidente que tengo la batalla perdida. Ni siquiera me permite llamar a una ambulancia para que vengan y lo valoren. Vuelvo a reunirme con Lee para urdir un Plan B, mientras Terry arruina otro par de paños de cocina. El Plan B se me ocurre rápidamente. Yo soy médico y Lee abogado; entre los dos podemos internar en un psiquiátrico a Terry bajo la Ley de Salud Mental alegando que supone un riesgo para sí mismo. Lee, que claramente conoce mejor que yo la Ley de Salud Mental, señala que no solo no podemos internar en un psiquiátrico a nadie entre los dos, sino que, además, Lee no sería un buen candidato, pues es una persona perfectamente capaz⁹³ para tomar la decisión de no acudir al hospital.

Lee tiene un Plan C, que me presenta en forma de pequeño botiquín con material médico. Hace un año fue de vacaciones a Uganda (¿quién hace algo así?) y el consejo que reciben los valientes viajeros es comprar uno de esos kits antes de salir del país y llevarlo encima en todo momento durante las vacaciones. Si acaban hospitalizados, el personal utilizará ese material, en lugar del suyo, cosa que permite protegerse de la falta de preocupación de los hospitales con respecto al control de infecciones o de que te inyecten una dosis de VIH.

Lee retira el precinto al maletín, lo abre delante de mí como un traficante en una esquina y me pregunta si tengo todo lo necesario para coserle el dedo a Terry. Está claro que se dejó la pasta y eligió el botiquín *deluxe*: con lo que contiene probablemente podría extirparse un pulmón. Tras un breve instante que dedico a revisarlo como una vieja intentando encontrar las galletas de chocolate en una caja de surtido, selecciono el material de sutura, las tijeras, los portagujas, el algodón y una solución desinfectante; lo único que no hay es un anestésico local. Lee dice en broma que Terry puede morder una cuchara de madera.

Y así, cinco minutos más tarde, me encuentro operando a un Terry más que dispuesto en la mesa de la cocina. Le limpio la herida, doy unos cuantos puntos grandes para intentar detener la hemorragia arterial y luego empiezo a suturar el pulgar por capas en cuanto todo está seco. El dolor enseguida se vuelve demasiado insoportable para

Terry y, ansioso por reducir los gritos al mínimo (si se asoma algún vecino para comprobar si todo va bien vamos a tener que dar algunas explicaciones), Lee le entrega una cuchara de madera. Y funciona asombrosamente bien.

Al poco, cierro la piel y quedo bastante satisfecho con el resultado estético. No sé cuánto está atendiendo Terry a mis consejos sobre cómo cuidar la herida y cuándo quitar los puntos, pero se los doy de todas maneras mientras él farfulla un gracias tiritando y se sirve algo de beber, al tiempo que decide no volver a comer sardinas nunca más. Le pregunto con discreción a Lee por las implicaciones medicolegales de los acontecimientos de esta noche. Él suelta una carcajada, cambia rápidamente de tema y me mete en un taxi con una bonita botella de ron (supongo que de Terry).

De camino a casa caigo en la cuenta de que Terry debería tomar antibióticos durante unos días, teniendo en cuenta la naturaleza levemente clandestina de la intervención. Telefono a Lee para asegurarme de que envíe a Terry al médico de cabecera por la mañana. Me disculpo por no extenderle una receta privada, pero va en contra de las directrices del Consejo Médico General recetar a amigos y familiares. Casi oigo a Lee poner los ojos en blanco. «Creo que esa debería ser la menor de tus preocupaciones.»

Jueves, 16 de octubre de 2008

Le transfiero una planta de maternidad sumamente ajetreada a un interino. Hemos estado trabajando sin descanso durante todo el día y tiene pinta de que la noche tampoco va a ser tranquila. Hay un par de mujeres que seguramente acaben en cesárea, otro par que van camino de un parto instrumentalizado, un triaje concurrido y transferencias desde urgencias para parar un tren. Le ofrezco mil disculpas: los turnos ajetreados son el doble de difíciles cuando uno está de interino y no conoce las peculiaridades del hospital. Percibo cierto nerviosismo en sus ojos, pero no dice nada.

Caigo en la cuenta de que se lo he pintado todo muy negro, así que intento recular un poco. «La de la habitación cinco seguramente tenga un parto normal, y, ahora que lo pienso, no creo que haya nada

demasiado apremiante en urgencias ahora mismo, así que...» No funciona: sigue pareciendo aterrorizado. Me pregunta en un inglés chapurreado si se supone que va a tener que hacer cesáreas. Sospecho que lo que quiere saber es si el residente con el que estará sabe operar, y le explico que es muy inexperto. Pero, no, lo que me pregunta es si va a tener que hacer alguna cesárea él esta noche, porque nunca ha hecho ninguna.

Me preparo para que me explique que todo esto no es más que un divertidísimo malentendido. Quizá él ha venido a suplir a un neurólogo adjunto y ha acabado en la planta equivocada y nuestro interino de verdad, el que sabe hacer lo que necesitamos que haga, está a punto de entrar por la puerta maldiciendo lo mal señalizados que están los pasillos. Pero no, este tipo ha aceptado un turno a través de una agencia de interinos como médico adjunto obstetra y nadie allí ni en el hospital se ha molestado en preguntarle siquiera si alguna vez había trabajado en una sala de partos.

Lo envío a casa y llamo al especialista preguntándole qué hago, a sabiendas de que la respuesta va a ser que me quede a trabajar otras doce horas sin cobrar.

Lunes, 20 de octubre de 2008

A la paciente HT no le ocurre nada de nada, al menos físicamente. Sus análisis de sangre son normales, su frotis es normal, su histeroscopia es normal y su laparoscopia es normal. No existe ninguna causa ginecológica (ni lógica) para el dolor pélvico que describe, y no ha notado ninguna mejora con el sinfín de tratamientos que le hemos administrado.

Insiste en que es algo ginecológico. «¡Conozco mi cuerpo!» Incluso sabe el tratamiento exacto que debería recibir: la extirpación de todos los órganos de la pelvis. Tanto yo como otros colegas y jefes le hemos explicado por activa y por pasiva que no creemos que hacerlo aliviara para nada sus síntomas, por no mencionar que sería una operación complicada que conlleva riesgos considerables, incluida la posibilidad de provocarle adherencias,⁹⁴ lo cual derivaría en un mayor dolor pélvico. Pero ella se muestra inflexible y asegura que es la única

solución, «como vengo diciendo desde el primer momento», y que no contemplará ninguna opción que no pase por vaciarle las tuberías. Quizá no le quede espacio en casa y quiera hacer algo de sitio...

Se me ocurre darle el alta y derivarla al servicio de gestión del dolor, donde le acabarán recetando antidepresivos. Pero no lo acepta nada bien y me cae un chorro que va desde el «¿Para esto pago yo mis impuestos?» hasta el muy socorrido «¿Y usted se hace llamar médico?», e incluye una lista completa de las personas ante las cuales va a presentar una queja, que va desde el director del hospital hasta el parlamentario de su circunscripción. Le digo que entiendo su frustración, pero que sinceramente creo que hemos hecho todo cuanto estaba en nuestras manos. Me pide una segunda opinión y le respondo que ya la han visitado varios de nuestros médicos, todos los cuales hemos llegado a la misma conclusión.

«No pienso irme de aquí hasta que me den cita para la operación», anuncia con los brazos cruzados sobre su regazo, y está claro que lo dice en serio. No tengo tiempo para esperar a que las ranas críen pelo, así que decido concertarle una visita para otra cita dentro de unas semanas, pasándole así el marrón que yo acabo de esquivar a otro colega. No me cabe duda de que la paciente está dispuesta a desperdiciar y desperdiciará los recursos de esta clínica al menos durante otro año más.

Pero antes de poder ofrecerle la cita, me grita: «¿Por qué nadie me toma en serio?», agarra una papelera para objetos cortantes⁹⁵ y me la arroja a la cabeza. Grito, me agacho y constriño el ano a un milímetro de diámetro. La papelera impacta en la pared por encima de mi mesa y acabo bajo una violenta lluvia de agujas. De milagro, como cuando el Correccaminos escapa a un intento de asesinato del Coyote, ninguna de ellas me da, y evito contraer doce cepas distintas de VIH. Entra una enfermera para comprobar a qué viene tanto follón y sale a llamar a seguridad. Y, así, la paciente es expulsada de la clínica. ¡Siguiente!

Jueves, 6 de noviembre de 2008

He perdido la estilográfica. O, para ser más exactos, me han robado la estilográfica. O, para ser aún más exactos, una de las tres personas de la sala de partos cinco me ha robado la estilográfica: la paciente AG, su novio o su madre. No me importaría demasiado si no fuera un regalo de cumpleaños de H, si no fuera una Montblanc y si no acabara de asistir al parto de su hijo.

Ha sido un parto sin incidentes graves, pero se han mostrado agresivos durante todo el tiempo que he pasado con ellos, y sus gruñidos salvajes y su gran número de tatuajes (excepto el bebé, de momento) me hacen reticente a acusarlos de hurto.

Supongo que tengo suerte por haber trabajado todos estos años sin que me hubieran birlado nada. A mis colegas les han robado de todo, desde ropa quirúrgica hasta bolsos en el puesto de las enfermeras, y se han encontrado taquillas rotas, por no mencionar la cantidad de ruedas pinchadas en los aparcamientos de los hospitales y alguna que otra agresión.

Me lamento del robo al señor Lockhart, en quien no confiaría ni para que le cortara las uñas de los pies a una paciente, pero que siempre está dispuesto a dar algún consejo o contar alguna anécdota. Su consejo ha sido que me olvide de la pluma, que procure que no me apuñalen y que reconozca que el paciente tiene buen ojo para detectar las plumas buenas. Y a continuación me ha explicado la anécdota.

Antes de su carrera en obstetricia y ginecología, el señor Lockhart trabajó brevemente como médico generalista en el sur de Londres en la década de 1970. Para celebrar que había obtenido una plaza fija, se había comprado un MGB descapotable de color azul claro. Aquel coche era su orgullo y satisfacción: hablaba constantemente de él a sus pacientes, amigos y colegas; lo enceraba y le sacaba brillo cada fin de semana, y no tenía una foto de él en la mesa de puro milagro. Y entonces, un día, como ocurre siempre en las relaciones de amor descompensadas, el sueño se rompió. Después de acabar una intervención, fue al aparcamiento reservado para los cirujanos y el descapotable MGB azul claro había desaparecido. Llamó a la policía, que hizo cuanto pudo, pero no logró localizar el vehículo. El tema de conversación de Lockhart con sus pacientes, amigos y colegas pasó a ser lo miserable que era este mundo: ¿cómo había podido alguien robarle su bonito coche?

Un día le estaba explicando su triste historia a un paciente, que resultó ser un miembro de la élite de una familia local de gánsteres y, según los extraños códigos morales que los delincuentes parecen apreciar tanto, el tipo se mostró muy disgustado al oírla. ¿Qué indeseable le robaría el coche a un médico? Era inaceptable. Le aseguró que estaba convencido de que podría identificar al malhechor y convencerlo de devolverle el coche. El señor L le dijo que no había absolutamente ninguna necesidad de ello... con la misma convicción que alguien diría que no hay «absolutamente ninguna necesidad» de que le regalen un viaje con todos los gastos pagados a las Seychelles. O, dicho de otro modo: le dio el visto bueno.

Días más tarde, aquella misma semana, al llegar al trabajo, Lockhart encontró su MGB descapotable azul claro en el aparcamiento, con las llaves en el salpicadero. Su abrumador alivio dio paso a una mezcla de emociones contradictorias al caer en la cuenta de que el coche tenía un interior y una matrícula completamente distintos.

Sábado, 15 de noviembre de 2008

Recibo un correo electrónico de la señora Mathieu en el que me informa de que, sintiéndolo mucho, procede a reintegrarme el resto de la cuota del trimestre de mi curso de conversación en francés, porque me he saltado tantas clases que, a estas alturas, ya no tiene sentido que regrese. La correspondencia por correo electrónico que mantenemos la señora Mathieu y yo suele ser en francés para hacer una inmersión lingüística total. Este es el primer correo que recibo de ella en inglés: es evidente que no confía en que entienda lo que me dice de otro modo, cosa que echa *sel* a comoquiera que se diga «herida» en francés.

Lunes, 17 de noviembre de 2008

Dice la superstición que nunca hay que describir un turno como «tranquilo», igual que no se le desea «mucho suerte» a un actor ni se le dice «vete al carajo» a Mike Tyson. Si se menciona la palabra que empieza por T ante un médico, se está realizando una especie de

conjuro, mediante el cual se convoca a los pacientes más enfermos del mundo al hospital donde este haga guardia. Me presento a cubrir un turno de noche como interino en una unidad obstétrica privada y la médico adjunta me dice que debería ser «una noche muy tranquila». Antes de poder rociarle agua y recitarle de un tirón «¡El poder de Cristo te obliga!», me dice que un miembro importante de la realeza de un estado del Golfo Pérsico acaba de dar a luz en la planta de maternidad, lo cual explica en parte la seguridad propia de la ceremonia de los Óscar que rodea el hospital y los Ferraris con tapicería de ante que hay aparcados fuera.

En mi opinión, juntar tres mesas en el pub de la esquina para celebrar un vigesimoprimer cumpleaños es «un poco presuntuoso», pero nuestros estimables invitados no solo han reservado toda la unidad de la maternidad para que no haya ningún otro paciente cerca, sino que su especialista permanecerá con ellos toda la noche por si acaso. Así que sí, en efecto, es un turno tranquilo.

Martes, 18 de noviembre de 2008

Ron me ha telefonado esta noche para pedirme consejo médico. Su padre ha perdido mucho peso últimamente, nota una molestia en la parte central del tórax y cada vez tiene más dificultades para tragar. Ha acudido al ambulatorio esta mañana para que se lo mirasen y el médico le ha dicho que tenía mala cara y lo ha derivado a un gastroenterólogo para que lo visite la semana que viene. ¿Qué creía yo que podía ocurrirle?

Si me hubieran preguntado esto en un examen, habría dicho que es un cáncer esofágico con metástasis con unas posibilidades de supervivencia del cero por ciento. Si me lo hubiera preguntado un paciente, le habría dicho que es muy preocupante y que conviene investigarlo de manera urgentísima para descartar un posible cáncer.

Pero ¿qué hacer si te lo pregunta alguien cercano? Le he dicho que sonaba a que el médico de cabecera estaba haciendo lo correcto (cierto) y que podía no ser nada (completamente falso; no hay nada que indique que esto pueda ser otra cosa que una enfermedad muy grave). Yo quería con todas mis fuerzas que no fuera nada, por Ron y

por su padre, a quien conozco desde los once años, así que mentí. Nunca se les miente a los pacientes para darles falsas esperanzas y, sin embargo, ahí estaba yo, haciendo exactamente eso e intentando tranquilizar a mi amigo diciéndole que todo saldría bien.

El Consejo Médico General nos recuerda constantemente que no asesoremos médicamente a nuestros familiares o amistades, pero yo siempre me he saltado esta recomendación y he atendido a sus consultas. Puesto que mi trabajo me convierte en un amigo con tantas carencias en tantos otros aspectos, supongo que me reconforta pensar que tengo algo que ofrecer para justificar que mi nombre siga apareciendo en su lista de postales navideñas. Y, básicamente, este es el motivo por el que nos desaconsejan que lo hagamos.

Jueves, 20 de noviembre de 2008

No hay ningún otro trabajo donde el calzado de los empleados sea de uso comunitario y se reparta siguiendo la norma de que «el primero que llega escoge». Es como estar en una megabolera en la que a las personas las salpican constantemente con fluido amniótico, sangre y tejido placentario, y donde todo el mundo es demasiado vago para limpiar los zapatos después.

Si prefieres tener tus propios zuecos de hospital de piel blanca, cuestan unas ochenta libras, lo que explica que hasta hace poco solo los especialistas derrocharan en comprarse unos y se deslizaran por el hospital como si llevaran dos paracetamoles gigantes en los pies. Pero ahora ha aparecido una nueva raza de zapatos llamados Crocs, que se comercializan en colores vivos, cumplen la misma función y cuestan menos de veinte libras. Además, presentan la ventaja añadida de tener agujeritos, de manera que puedes guardarlos juntos con un candado para que ningún capullo ponga sus manos o callos en ellos.

Hoy ha aparecido una nota de aviso en los vestuarios: «El personal no debe llevar calzado Crocs bajo ningún concepto puesto que los agujeros no proporcionan la protección adecuada en caso de caer un objeto cortante». Un estilista frustrado ha añadido debajo: «Y, además, hacen que parezcas recién salido de la ducha». ⁹⁶

Sábado, 22 de noviembre de 2008

Me han llamado de urgencias para que acudiera a examinar a una joven de diecinueve años con una grave hemorragia vaginal: lo de siempre. En realidad, a lo que me enfrento es a una joven de diecinueve años que ha cogido las tijeras de la cocina y se ha realizado su propia cirugía de reducción labial. Ha tenido la valentía de cortarse tres cuartas partes del labio izquierdo antes de: a) darse por vencida y b) llamar a una ambulancia. Tiene los bajos hechos un Cristo y sangra a chorro. Confirмо con mi adjunto sénior que no estaré realizando sin querer una mutilación genital femenina que acabe conmigo en prisión si le corto el trozo sobrante y le suture por encima el borde que sangra. No hay problema, así que lo he arreglado. Siendo sinceros, el resultado de la joven no ha sido mucho peor que el de muchas de las labioplastias que he visto.

Le doy cita para que visite el consultorio ginecológico ambulatorio dentro de unas semanas y charlamos un poco, ahora que la emergencia ya está resuelta. Me dice que «no creía que fuera a sangrar», para lo que no tengo ninguna respuesta, y que «solo quería parecer normal». Le aseguro que a sus labios genitales no les pasa absolutamente nada y que tenían un aspecto de lo más normal. «Pero no son como en las películas porno», replica.

Se ha hablado mucho en los medios últimamente acerca de los efectos del porno y las revistas femeninas sobre la autoimagen, pero esta es la primera vez que lo vivo en directo: es horripilante y deprimente a partes iguales. ¿Cuánto falta para que veamos a las niñas grapándose las vaginas para hacérselas más estrechas?⁹⁷

Miércoles, 10 de diciembre de 2008

Esta semana el hospital está llevando a cabo un registro horario diario.⁹⁸ Supongo que en los empleos normales supervisan al personal porque trabaja «menos» horas de las que les pagan.

Aparecen en la planta especialistas a quienes no habíamos visto nunca redactando informes de altas, trabajando unas cuantas horas en el triaje de la planta de maternidad y examinando a pacientes en

urgencias para mejorar las posibilidades de que los médicos de menor rango acabemos nuestra jornada cuando toca. La situación se prolongará hasta el mismísimo nanosegundo en el que el registro horario finalice, por supuesto, pero por el momento disfruto de las ventajas. Es el tercer turno consecutivo que acabo de trabajar a mi hora, lo que lleva a H a sentarse a hablar conmigo y preguntarme si me han despedido.

Para garantizar la ilusión de precisión, hay personal de oficina del Departamento de Administración del hospital que se convierte en la sombra de unos cuantos médicos elegidos al azar durante sus turnos. A mí se me unió una en un turno de noche... al menos hasta las 22.30 h, cuando se marchó a casa anunciando, sin ni pizca de ironía, que estaba exhausta.

Lunes, 29 de diciembre de 2008

En el consultorio ginecológico, examino a una paciente a quien su médico de cabecera ha recetado hace poco parches de terapia hormonal sustitutiva y ahora presenta un poco de sangrado vaginal. Le pregunto cuánto tiempo hace que lleva los parches, se levanta la blusa y los cuenta. «Seis, siete, ocho semanas.» El médico no le ha dicho que tiene que quitarse los viejos.

Sábado, 10 de enero de 2009

Hoy, la boda de Percy y Marietta ha constituido un enorme triunfo contra todas las adversidades. No uno, sino dos médicos han conseguido tener el día libre para su boda. Y, además, han logrado disfrutar del día entero, no como una antigua colega, Amelia, que solo pudo agenciarse la tarde libre del día de su enlace y acabó visitando toda la mañana con el recogido ya hecho y maquillada para conseguir cuadrar los tiempos.

Pero el mayor milagro es que hayan conseguido durar tanto tiempo juntos, a pesar de que el sistema parecía dispuesto a destrozar su relación. A Percy y Marietta los destinaron a decanatos distintos durante su formación, lo cual implicaba que, durante cinco años, los

hospitales más cercanos en los que pudieron trabajar estaban separados por doscientos kilómetros. En lugar de convivir en algún lugar que les resultara práctico a ambos, Percy se trasladó a un horroroso alojamiento hospitalario y regresaba a casa cuando la hoja de rotación se lo permitía, que era casi nunca.

En su discurso, el padrino, Rufus, un cirujano adjunto, ha comparado su relación con tener una pareja que trabaja en la Estación Espacial Internacional. Ha sido un discurso brillante, más conmovedor si cabe por el hecho de que Rufus ha tenido que pronunciarlo entre los entrantes y el primer plato. En cuanto ha engullido las croquetas ha salido pitando a cubrir el turno de noche.

Lunes, 12 de enero de 2009

Me han pedido que examine a una paciente de triaje de la planta de maternidad, y repito un frotis vaginal, puesto que la comadrona no está segura de que los resultados que ha obtenido sean correctos. Según ella, estábamos ante un parto con presentación cefálica y una dilatación de 1 cm del cuello del útero. Según yo, se trata de una presentación de nalgas con 6 cm de dilatación del cuello del útero. Le explico a la madre que el bebé viene de nalgas y que lo más seguro es hacerle una cesárea. Evito explicarle en qué orificio del bebé ha metido el dedo la comadrona cuando le ha dicho que estaba dilatada de 1 cm.

Jueves, 22 de enero de 2009

Esta noche, sin querer, se me ha caído el busca de guardia en el triturador de la planta de maternidad, lo que lo ha enviado a una muerte crujiente. Ha sido un poco como mearse encima cuando no puedes más, una cálida, maravillosa e inmensa sensación de alivio seguida inmediatamente de un: «¡Joder! ¿Y ahora qué hago?».

Jueves, 29 de enero de 2009

He dejado pasar más de un minuto antes de realizar la incisión uterina de una cesárea, a la espera de que se acabara la canción que estaba sonando en la radio. Me niego a traer al mundo a un bebé mientras alguien canta «Esta noche he muerto entre tus brazos».

Viernes, 30 de enero de 2009

La paciente DT tiene veinticinco años y ha acudido al consultorio de colposcopia⁹⁹ para que le realicen su primera citología. Y también su segunda citología. Tiene un útero didelfo: dos vaginas, dos cuellos de útero y dos úteros. Yo nunca había visto algo así. Realizo las dos citologías y dedico un par de minutos a pensar en cómo demonios voy a etiquetar las muestras y los formularios, ya que el programa de cribado del hospital no prevé esta situación que, por otro lado, es muy poco frecuente.

La paciente no ha acudido a ningún ginecólogo desde que era adolescente y tiene un montón de preguntas que formularme. Le confieso que nunca había visto un caso como el suyo, pero respondo a sus preguntas lo mejor que puedo. Lo que más le preocupa es si podrá quedarse embarazada en el futuro.¹⁰⁰ Le pregunto si le importa que yo también le haga algunas preguntas. Tal vez resulte inapropiado, pero nos hemos caído bien y es probable que nunca vuelva a tener la posibilidad de hablar con alguien que presente esta patología.

Y esto es lo que averiguo. Antes les comentaba a los hombres su condición antes de mantener relaciones sexuales, pero solían asustarse, así que ahora ya no les dice nada. Al parecer, ni lo notan, lo cual tampoco sorprende demasiado, ya que el conocimiento de la anatomía genital femenina de la mayoría de los hombres es superficial en el mejor de los casos. Además de los típicos problemas para «encontrar el clítoris», la mayoría no parecen ser conscientes de que las mujeres orinan por otro orificio y creen que la vagina es un túnel de servicios polivalente. En más de una ocasión he tenido que ponerle una sonda a una mujer durante el parto y su pareja me ha preguntado si aquello no impediría que saliera el bebé.

La paciente me explica que prefiere mantener relaciones sexuales con la vagina izquierda porque es más grande (tal como he apreciado

durante la exploración; para la derecha he necesitado un espejo más pequeño), aunque afirma que es agradable poder decidir en función «del tamaño de cada tipo».

Le explico la historia a H después del trabajo. «Entonces, ¿es como esos sacapuntas de dos agujeros que usábamos en el colegio?»

Martes, 3 de febrero de 2009

Último día antes de trasladarme a mi siguiente puesto. Siempre es raro dejar un empleo en el que has visto nacimientos y muertes, has pasado más horas que en tu propia casa, has visto a la recepcionista de planta más que a tu pareja y que tu partida pase del todo desapercibida (aunque a eso ya me he acostumbrado un poco). Los internos y residentes rotan tanto que entiendo que no se monte demasiado jaleo. Tal como una matrona especialmente estúpida nos siseó en una ocasión: «Vosotros sois visitantes temporales en mi lugar de trabajo permanente».

Nunca he recibido ni una sola tarjeta de despedida, por no decir ya un regalo. Hasta hoy, cuando he encontrado un paquete del señor Lockhart en mi taquilla: una tarjeta de agradecimiento y despedida y una pluma Montblanc nueva.

ADJUNTO – TERCER DESTINO

Al final llega un momento en el que sí puedes decidir qué tipo de médico quieres ser, y no me refiero a la especialidad, a si prefieres decantarte por la urología o por la neurología, sino a algo más relevante, como es el trato que das a tus pacientes. El personaje que interpretas evoluciona durante toda tu formación, pero normalmente al cabo de dos años ya has definido tu forma de tratar a los pacientes, y es la que perpetúas durante toda tu carrera como especialista. ¿Eres encantador y positivo, siempre con una sonrisa en la cara? ¿O más bien eres de esos médicos taciturnos, reflexivos y técnicos? Supongo que es la misma decisión que toman los policías cuando escogen ser el poli bueno o el poli malo (o el poli racista).

Yo aposté por ir «directo al grano», sin tonterías, sin charlas triviales, por el «vamos a atacar lo que tenemos entre manos» aliñado con algo de ironía. Y lo hice por dos motivos. El primero, porque así soy yo, de manera que no me obligaba a actuar, y, el segundo, porque ahorras mucho tiempo cada día si te saltas los preliminares en los que comentas el tiempo, la profesión de los pacientes y el trayecto hasta la consulta cada puñetera vez que acuden a verte. Te hace parecer una persona un poco distante, pero no creo que eso sea malo: yo no tenía ningún interés en que los pacientes me agregaran en Facebook ni me preguntaran de qué color deberían pintar el retrete de la planta baja.

Lo que te enseñan en la facultad es que los pacientes prefieren que los médicos formulen preguntas abiertas («Explíqueme lo que le preocupa...»), a continuación, les expongan distintas opciones de tratamiento, desde las más conservadoras hasta las quirúrgicas, y que

sea el paciente el que decida. Hablar de «decidir» suena bien en teoría (a todos nos gusta sentirnos dueños de nuestro destino), pero basta fijarse en lo que pasa en la cola de un *self-service* en el que hay más de dos primeros para elegir. La gente duda, cambia de opinión, busca la aprobación de sus amigos... ¿Tú crees que el bacalao estará bueno? Quizá sería mejor la hamburguesa... No sé qué me apetece, de verdad. Y, mientras tanto, a ti se te enfrían las patatas fritas. A veces es mejor no marear la perdiz y eliminar cualquier espacio para la duda.

Especialmente en la sala de partos, descubrí que las pacientes se sentían más seguras cuando sus médicos exponían un único plan de acción, y lo que necesitas como médico es que la paciente esté tranquila y te confíe implícitamente su vida y la de su bebé. También en el consultorio he ahorrado a incontables pacientes retrasos en la aplicación de un tratamiento eficaz por el sencillo método de no ofrecerles un menú de tratamientos, que en ningún caso redundarían en su beneficio, solo para poder decir que la paciente había elegido. En lugar de eso, yo exponía mi opinión experta y la paciente decidía si la aceptaba o no. Es lo que yo querría si acudiera a ver a un médico, e incluso lo que prefiero cuando llevo el coche al mecánico.

No obstante, es indiscutible que ser directo te convierte en un médico menos «agradable». Que confíen en ti es mucho más importante que caer bien, pero no está mal conseguirlo todo, así que, en mi tercer destino como adjunto, ahora en un inmenso hospital, decidí ser más amable en mi trato con los pacientes. No fue algo espontáneo, lo admito; alguien presentó una queja. En realidad, la queja era sobre mi capacidad como médico más que por mi actitud, pero me dejó tan hecho caldo que comprendí que tenía que hacer todo lo posible para no suscitar ninguna otra, y si eso implicaba un poco de cháchara y sonreír de oreja a oreja, pues lo haría.

Un día recibí por sorpresa una carta del hospital en el que había trabajado dos años antes, en la que me informaban de que una paciente a la que había operado me había demandado por negligencia médica. Resultó que no era una negligencia: en una de cada doscientas cesáreas se producen lesiones en la vejiga y le habíamos informado de este riesgo antes de operarla, tal como figuraba en el formulario de consentimiento informado que había firmado. Me gusta pensar que el riesgo de que yo lesione una vejiga es considerablemente inferior a una

de cada doscientas, ya que solo me pasó una vez y tuve muchas más de doscientas oportunidades de hacerlo, pero sabía que habíamos gestionado bien el problema: vi enseguida lo que había hecho, los urólogos acudieron de inmediato a repararlo y, aunque seguro que esto angustió a la paciente, al final se saldó solo con unos días más de ingreso hospitalario. Además, también tenía la sensación de haber manejado bien la situación con ella: me disculpé con sinceridad y humildad y, en este caso, no tuve que fingir. Lo último que uno quiere es ocasionarle a un paciente una de las complicaciones sobre las cuales se le advierte en el formulario. La primera prioridad de nuestro trabajo es no dañar. Pero a veces pasa y, en esta ocasión, le había pasado a ella.

Los señores Capullo, Cabrón y Cabronazo, abogados defensores regidos por el lema «si perdemos, no cobramos», no lo veían así. Según su opinión experta, que parecía basada en la lectura de un libro titulado *Justicia: lánzales toda la artillería y a ver quién chista*, el hospital había cometido un acto de negligencia, dado que yo había llevado a cabo una operación que no cumplía en absoluto con los estándares esperables, había agravado sobremanera el sufrimiento de la demandante y le había impedido establecer un vínculo temprano con su recién nacido.

Por desgracia, yo no pude demandarlos a ellos por las horas que malgasté innecesariamente revisando viejos informes médicos, acudiendo a reuniones con abogados y sindicatos para preparar mi defensa, ni por los daños infligidos en mi relación de pareja por erosionar el poco tiempo que pasábamos juntos, ni tampoco reclamé los costes de los Red Bull que me mantuvieron despierto durante los turnos de noche, después de días sin dormir invertidos en redactar informes. Tampoco los demandé por mi propio sufrimiento, por la ansiedad y la culpa añadidas a una vida laboral ya de por sí estresante, por la injusticia de ser acusado de hacer mi trabajo de manera lamentable, ni por el miedo a creer que quizá sí que era un médico pésimo. Siempre me entregué a fondo con cada paciente a la que asistía y la insinuación de que no era cierto se me clavó como una daga en el corazón.

Estoy prácticamente seguro de que la paciente no tenía ni idea de lo triste y agotador que aquel proceso iba a ser para mí. No me cabe la

menor duda de que su abogado debió de alisarse el mostacho, poner su mejor cara de preocupación y decirle que merecía la pena jugársela y ver si aquello acababa con una suculenta indemnización,¹⁰¹ y tenía razón: el hospital cerró un acuerdo extrajudicial, como es habitual. Quizá sea consecuencia de la americanización gradual de la sanidad, que necesariamente se vuelve más contenciosa. O quizá la paciente era una de esas pobres personas que demandan a la mitad de quienes se cruzan en su camino: el conductor de autobús que no da los buenos días, el camarero que se olvida de servirle las patatas de la guarnición y a mí de nuevo por escribir sobre esto. Fuera lo que fuera lo que ocurriera entre bambalinas, para mí fue el peor bache que recuerdo como adjunto, y llegué a preguntarme por qué me molestaba siquiera en trabajar si ahora incluso las pacientes me tenían manía. Me planteé seriamente tirar la toalla, cosa que nunca se me había ocurrido. Pero no lo hice. Decidí que buscaría contra viento y marea la parte positiva de aquel asunto para usarla como trampolín, y esa parte positiva fue esforzarme al máximo para intentar no volver a recibir en el futuro cartas con el membrete de un bufete de abogados.

—¡Buenos días! —saludó el Adam 2.0 con una sonrisa de oreja a oreja en un consultorio prenatal desbordado, como todos.

—¿Nos estás tomando el pelo, colega? —replicó el marido de la paciente.

Y, así, el nuevo y renovado Adam duró dos días.

Viernes, 6 de febrero de 2009

Hay que practicar una cesárea de urgencia a la paciente HJ porque el parto no progresa. No es ninguna sorpresa. Cuando la he examinado antes de ingresarla me ha expuesto su plan de parto de nueve páginas, a todo color y plastificado. El canto de ballenas que sonaría en su ordenador portátil (no recuerdo exactamente ni la edad ni la especie de las ballenas, pero estoy bastante seguro de que estaba documentado con todo grado de detalle), los aceites de aromaterapia que se utilizarían, una introducción a las técnicas de hipnoterapia que emplearía, la solicitud de que la comadrona dijera «oleadas» en lugar de «contracciones»... Aquel parto estaba condenado al fracaso desde el

principio: yo creo que tener un plan de parto es como tener un «plan del tiempo que quiero que haga» o un «plan para ganar la lotería». Dos siglos de obstetras no han hallado la manera de predecir el curso de un parto y, en cambio, hay cierto tipo de madres que visten ropas anchas que parecen creer que ellas sí pueden hacerlo.

Sobra decir que el plan de parto de HJ se ha ido al carajo. La hipnoterapia ha dado paso a los gases y estos a una epidural. La comadrona me dice que la paciente le ha soltado al marido que «apagara esa idiotez» cuando él andaba probando el volumen de los gruñidos de ballenas. Lleva seis horas dilatada 5 cm a pesar del Syntocinon.¹⁰² Ya hemos esperado un par de horas de más, así que le explico que el bebé no va a nacer por parto vaginal y que no estoy dispuesto a esperar hasta que haya sufrimiento fetal y tengamos que hacer una intervención de urgencia. Le vamos a realizar una cesárea. Como era de prever, no lo encaja demasiado bien. «¡Venga ya! — exclama—. ¡Tiene que haber una tercera vía!»

No me apetece acabar lidiando con una queja ante los SAEP¹⁰³ interpuesta por una paciente que quiere que su parto sea immaculado y a la que la naturaleza ha defraudado, por decirlo de algún modo. Ya tuve una queja, hace tiempo, de una paciente a quien no le permití tener velas encendidas mientras daba a luz. «No me parece tan fuera de lugar», escribió. Desde luego, ¿qué hay más sensato que encender fuego al lado de tanques de oxígeno?

Esta paciente llevaba escrito en la frente «correo electrónico altisonante», así que me cubrí las espaldas y solicité al especialista que acudiera a la sala y mantuviera una charla rápida con ella. Por suerte, el señor Cadogan está de guardia: es un hombre paternal, encantador y tranquilizador, que huele a perfume caro, cosa que atrae a las pijas en manada al ala privada del hospital, que es donde él preferiría estar ahora mismo. Al cabo de poco consigue que HJ dé su consentimiento a entrar en quirófano. Incluso se ofrece a practicarle la cesárea él mismo, algo que el personal recibe entre murmullos de mofa y asombro. Ninguno de los presentes recuerda la última vez que Cadogan asistió al parto de un bebé de manera gratuita. Quizá le hayan cancelado la partida de golf a causa de la lluvia.

Le indica a la paciente que él realiza «cesáreas naturales». Es la primera vez que oigo tal cosa. Se baja la luz del quirófano, suena

música clásica de fondo y se permite al bebé salir lentamente de la barriga bajo la mirada de ambos padres. Es un truco, y sin duda conlleva un inmenso recargo en su Cuota Platino o como se llame, pero HJ se lo compra. Es la primera vez que la paciente parece remotamente feliz en todo el día. En cuanto el señor Cadogan sale de la sala, HJ le pregunta a la comadrona qué opina ella de las «cesáreas naturales». «Si ese tipo tuviera que operarme a mí —le responde la comadrona—, yo preferiría que las luces estuvieran encendidas a tope.»

Sábado, 7 de febrero de 2009

Me he perdido la primera parte de *Los miserables* a causa de una cesárea peliaguda a una mujer que estaba de veintinueve semanas,¹⁰⁴ así que no he entendido nada de lo que ha pasado en la segunda. (Sobre todo porque el bueno, Jean Valjean, y el malo, Javert, se llaman prácticamente igual.)

Al explicárselo a Ron y al resto en el pub después de la obra, me queda claro que ver la primera parte tampoco ha ayudado a nadie a entenderla.

Domingo, 8 de febrero de 2009

Simon me ha llamado para decirme que anoche se cortó las venas tras una discusión con su nueva novia y acabó en el hospital con un montón de puntos. Ahora ya está en casa y se encuentra bien. Le han concertado un seguimiento en psiquiatría.

Me ha preguntado si estaba enfadado con él y le he dicho que no, por supuesto. En realidad, lo estaba y mucho: por haberlo hecho sin llamarme antes para darme la oportunidad de intentar convencerlo de lo contrario y porque creo que me lo debe después de todas las horas que le he dedicado. Me sentía culpable por no haber hecho suficiente, por no haber sabido ayudarlo mejor o haberlo visto venir y haberlo impedido. Y luego me sentía culpable por estar tan enfadado con él.

Hemos charlado durante una hora más o menos y le he recordado que puede llamarme a cualquier hora, día o noche. Pero hemos tenido esta conversación muchas veces en los últimos tres años y me apena pensar que no hemos avanzado nada desde que publicó su primer grito de socorro en Facebook.

En realidad, quizá esté planteando mal esta situación. La depresión no se cura, como tampoco se cura el asma, solo se sobrelleva. Yo soy el inhalador que él ha decidido utilizar, y debería estar satisfecho porque haya tardado tanto tiempo en tener un nuevo ataque.

Martes, 17 de febrero de 2009

Suena el busca de emergencia y me encuentro con una situación ligeramente peliaguda de la que costará recuperarse. Además de la docena de personas que suelen zumbear a mi alrededor, hoy hay polvo y cascotes por todas partes, y el resultado es el pánico generalizado. Si esto fuera un episodio de *Urgencias*, tendríamos media ambulancia incrustada en el quirófano, pero no. La comadrona ha tirado con tanta fuerza del cordón de emergencias que se ha llevado consigo casi todo el techo.

Jueves, 19 de febrero de 2009

Es una auténtica lástima que nuestra responsabilidad de proteger a la infancia¹⁰⁵ no incluya vetar algunos de los nombres terribles que los padres endosan a sus desafortunados hijos. Esta mañana he asistido al parto del pequeño Sayton (pronunciado Satán, el rey del inframundo). Cuesta creer que vaya a pasar por el colegio sin ser víctima de acoso y, sin embargo, lo despedimos alegremente con la mano mientras se embarca en ese viaje. (O quizá sí sea el diablo y debería haberlo vuelto a meter en la barriga de su madre.)

A la hora de comer mantengo un animado debate con mi colega Katie sobre si el nombre de «Sayton» es mejor o peor que el de una niña a la que ella trajo al mundo y a quien bautizaron con el nombre

de «LeSanya» (pronunciado «lasaña»). Solemos coleccionar historias de terror, como si esto fueran los cromos de la obstetricia.

Me explica que una vez asistió al parto de una niñita a la que le pusieron Clive, un nombre de niño, pero yo le señalo que nosotros tenemos una Princesa Michael, así que no me impresiona. Oliver dice que cuando él nació, en Islandia, había que seleccionar los nombres de una lista cerrada, y que desviarse de ella era ilegal. No me suena mal la idea.

Miércoles, 4 de marzo de 2009

No debería ser noticia que yo logre salir a mi hora del hospital, pero así es, y hace tiempo que había quedado hoy para cenar con mi abuela en Teddington. Después de los entrantes, se inclina hacia delante, se lame el dedo y me quita un trocito de comida de la mejilla. Cuando vuelve a chuparse el dedo caigo en la cuenta, un poco tarde, de que no era comida, sino sangre vaginal de una paciente. Decido no decir nada.

Sábado, 7 de marzo de 2009

«¡Doctor Adam! ¡Usted trajo al mundo a mi hijo!», me grita la mujer del mostrador de los quesos del supermercado. No la recuerdo en absoluto, pero su historia concuerda: mi nombre y mi profesión coinciden. Le pregunto por «la criatura», porque, evidentemente, no recuerdo el sexo del bebé. Es un niño. Está perfectamente. La mujer me hace preguntas ridículamente concretas relacionadas con la conversación trivial que mantuvimos hace un año: si al final construí el cobertizo y si Costco seguía abriendo hasta las ocho de la tarde los jueves, como yo quería. Me siento un poco culpable por la impresión desigual que nos llevamos el uno del otro. Pero supongo que para ella fue uno de los momentos más importantes de su vida y para mí ella bien pudo ser el sexto parto del día. Me permite imaginar qué deben de sentir los famosos cuando un fan les pregunta si recuerdan la vez que coincidieron después de un concierto hace diez años.

—Se lo voy a marcar como cheddar —me susurra mientras pesa mi queso de cabra: me ahorrará un par de libras y, así, se convertirá en

una de las primas más cuantiosas que me ha reportado mi trabajo. Le sonrío.

—Eso no es cheddar, Rose —le dice su supervisor al pasar, y mi prima se evapora.

Lunes, 30 de marzo de 2009

Acabo de imprimir una ecografía para unos padres y estoy limpiando a la madre el gel que le he aplicado, cuando el padre me pregunta si puedo sacar una fotografía desde otro ángulo y me dice: «No creo que pueda publicar esta en Facebook». Mis cejas empiezan a ascender hacia el nacimiento del pelo propulsadas por la existencia de estas personas ávidas de atención y obsesionadas consigo mismas, que convierten su vida en una crónica pública, cuando miro con más detenimiento la foto. Veo a qué se refiere: da la sensación de que el feto se está masturbando.

Viernes, 3 de abril de 2009

Me tomo una copa con Ron y hablamos de su trabajo. Me explica que ha decidido que ha llegado el momento de «hacer otra cosa». A veces creo que a mí también me gustaría, pero se me antoja algo complicado cuando solo hay una empresa en todo el país para la que puedo trabajar. Él se ofrece a concertarme una cita con su asesora laboral y me dice que está seguro de que tengo muchas habilidades transferibles.

Se lo he oído decir mucho a personas que no se dedican a la medicina, pero yo no me lo acabo de creer. La sensación es que los médicos son expertos en resolver problemas, capaces de ordenar una constelación de síntomas para deducir un diagnóstico único. La realidad es que el doctor House dista mucho de ser la norma. Los médicos aprendemos a reconocer un conjunto limitado de problemas concretos en pacientes a quienes ya hemos visitado, tal como los bebés de dos años señalan y dicen «gato» y «pato», pero somos unos ineptos para identificar un bloque de hormigón o una *chaise longue*. Sospecho de verdad que no duraría mucho como asesor de gestión empresarial,

aplicando mi capacidad de resolución de problemas en una franquicia de *sex shops*.

«A estas alturas deberías estar cobrando un número de seis cifras», me dice Ron cuando me envía un mensaje de texto con el contacto de su asesora laboral. Le digo que la llamaré, pero no estoy seguro de querer hacerlo. Y tampoco estoy seguro de que a ella le interese tenerme como cliente cuando le cuente mi punto fuerte: extraer bebés y huevos Kinder de vaginas.

Lunes, 6 de abril de 2009

Tengo la vista puesta en una cesárea, en este caso por placenta previa.¹⁰⁶ Se trata de una operación sencilla, pero todo el mundo está callado y concentrado por si se complica. Bueno, todo el mundo excepto el padre, que no para de gastarme bromas lamentables.

«Joder, me alegro de que la piel tape todo eso», «¿Cómo le pueden gustar las mujeres después de ver esto, doctor?», nosequé del pene del bebé y el cordón umbilical..., un repertorio de clásicos, vaya. Supongo que es porque está nervioso, pero es de lo más irritante, me distrae, y sus chistes no servirían ni para esas postales groseras que venden en las tiendas de souvenirs de los pueblos de la costa. Respondo a sus comentarios con un «hum», pero le digo: «Intento concentrarme. Déjeme sacar al bebé. Yo no fui a su casa mientras lo concebían ni lo distraje cuando embestía contándole chistes verdes».

Pero él sigue:

—Será mejor que no salga negro. ¿Alguna vez ha sacado un bebé de un color distinto al de sus padres?

—¿El azul cuenta? —le pregunto. Se acabó la broma.

Viernes, 17 de abril de 2009

La paciente JS tiene veintidós años y ha acudido a urgencias con dolor abdominal agudo. La enfermera me informa de que el test de embarazo es negativo y me dice que los cirujanos que la han examinado sospechan que probablemente se trate de un tema

ginecológico. La examino. Parece estar bien: tiene el pulso un poco alto y el abdomen un poco blando, pero camina y habla con facilidad. Ingresarla sería demasiado y enviarla a casa, demasiado poco. Si estuviera en el turno de día entre semana, la colaría en la lista de ecografías de alguien para comprobar que no le sucede nada siniestro. Pero es sábado por la noche y aquí, en el sistema público, el personal está en los huesos. De hecho, no somos ni un esqueleto entero, sino más bien lo que aparece cuando se excavan los restos de un hombre del Neolítico, quizá un trozo de clavícula y la articulación de un pulgar.

Normalmente me inclinaría por prevenir y la ingresaría hasta hacerle una ecografía por la mañana, desperdiciando así una noche en la vida de la paciente en lugar de sacrificar mi carrera si me equivoco. Pero eso es malbaratar el coste de una cama de hospital, que suele rondar las cuatrocientas libras. Sospecho que tener un turno de ecografías sería sensiblemente más barato y nos ahorraríamos riesgos por la noche, pero ¿quién soy yo para decirle al hospital en qué debe invertir su dinero? Especialmente cuando acaban de quitar las camas de las habitaciones que usamos para dormir cuando estamos de guardia. (A lo mejor es para ahorrar en la ropa de cama que cambiaban cada semana o cada par de semanas. O quizá estén preocupados porque tenemos la moral demasiado alta o estamos demasiado alerta y concentrados si dormimos un poco.)

En ginecología y obstetricia no tenemos ese problema: la enfermera de la Unidad de Evaluación del Primer Trimestre del Embarazo se ha compadecido de nosotros, sin duda al ver el tamaño de nuestras ojeras, y ha mandado hacernos una llave para que podamos echar un sueñecito en una cama de hospital de su unidad. Es un acto de caridad tan amable y poco frecuente que mi colega Fleur se echó a llorar y luego peinó la web de premios honoríficos para comprobar si podíamos proponer a la enfermera para alguno. Cuesta describir la alegría que representa saber que cuentas con una cama en la que tumbarte tras pasarte unos cuantos turnos de noche intentando echar una cabezadita en la silla de la consulta. Es una cama con estribos, pero a buen hambre no hay pan duro; yo habría aceptado dormir hasta en una cama con un piano colgando del techo sostenido solo por un vello púbico con tal de poder cerrar los ojos.

De repente caigo en la cuenta de que esa cama tiene una máquina de ecografías al lado. Compruebo si JS aún puede caminar y la llevo a la planta de arriba: si la ecografía muestra que todo está bien, podrá irse a casa, y yo ni siquiera le cobraré al sistema público las cuatrocientas libras que le he ahorrado con mi ingenio.

Visto en perspectiva, fue un error no decirle a la enfermera de urgencias que me llevaba un momento a la paciente. Pensé que me informaría de algún protocolo que me prohibía hacerlo, y no tenía tiempo para discutir. También fue un error no pedir a un enfermero que la llevara a la planta de arriba conmigo en una silla de ruedas. Pero el error más grave de todos fue, sin duda, el que cometió la enfermera de urgencias al decirme que el test de embarazo había sido negativo, a menos que «test de embarazo negativo» sea su confusa forma de decir: «No le he realizado una prueba de embarazo».

Cuando llegamos a la planta de arriba, atravesando un deprimente laberinto de pasillos propio de la jaula de una rata de laboratorio, y entramos en mi habitación improvisada con máquina de ecografía incorporada, JS está pálida y resuella. La ecografía abdominal muestra un embarazo ectópico con rotura y que tiene el vientre anegado en sangre. En lugar de estar donde debería estar, cerca de equipamiento para salvar vidas, está tranquilamente conmigo en una parte clausurada del hospital, como si fuéramos dos adolescentes que se han escabullido para enrollarse.

Después de media hora de llamadas telefónicas presa del pánico, estamos en quirófano, JS está varias bolsas de sangre mejor, tiene una trompa de Falopio menos y se recuperará del todo. No tengo ni idea de cuál es la moraleja de esta historia.

Domingo, 26 de abril de 2009

Me llaman para que acuda a examinar a una paciente en urgencias. Según su informe, tiene treinta y cinco años y trabaja de masajista, aunque yo sospecho que su empleo no implica dar demasiados masajes, al menos no con las manos. Se presenta con un objeto perdido en la vagina. Es un turno ajetreado, así que no hay tiempo para demasiadas preguntas. Piernas arriba, luces encendidas, espéculo

dentro, lo veo, lo agarro y lo extraigo. Al momento, nos ataca la peste más nauseabunda que yo haya experimentado jamás. Realmente indescifrable; baste decir que a mí me dan arcadas y que la enfermera tiene que salir corriendo del box. Imagino que todos los ramos de flores del hospital se han marchitado de golpe. No me apetece demasiado preguntar, pero necesito saber a qué se debe esa peste.

La respuesta corta es que era la cabeza de una esponja de baño en forma de Peppa Pig. ¡En serio! La larga es que, hace unos meses, la paciente llegó a la conclusión de que sus ingresos disminuían mucho en determinadas fechas del mes, porque sus clientes no querían que los «masajeara», así que improvisó un dispositivo de barrera menstrual decapitando a Peppa Pig. Solo Dios sabe cómo debió de explicar a sus hijos el cambio de aspecto del muñeco, si es que se dieron cuenta. Tal vez les preocupaba más ser los siguientes en pasar por la guillotina si preguntaban adónde había ido a parar. Y aunque la esponja ha sido de lo más efectiva empapando la sangre menstrual procedente de arriba y también, como podía apreciarse, absorbiendo los fluidos procedentes de abajo, la barrera hecha con la cabeza de Peppa no tenía un hilillo del que tirar para extraerla. Además, las embestidas de sus clientes durante los tres últimos meses la han dejado plana como un escalope.

En realidad, es injusto decir que el olor era indescriptible: puede describirse como el olor de tres meses de sangre menstrual mezclado con secreciones vaginales y el semen fétido de diversos hombres, cuyo número debía de ascender a las tres cifras. Mientras le receto unos antibióticos, le pido que no vuelva a improvisar con esponjas: es posible regular sus reglas por el método tradicional de tomar una combinación de anticonceptivos orales. Dejo en manos de urgencias decidir cómo etiquetar el objeto que contiene el bote de muestras microbiológicas.

Lunes, 4 de mayo de 2009

Otro día, otra urgencia o una docena. Acudo a realizar una extracción con ventosa de un bebé con una cardiotocografía no reactiva, pero, cuando estoy a punto de aspirar al bichejo, la cardiotocografía mejora,

de manera que me quito los guantes y dejo que la comadrona proceda con un parto normal. Me quedo en el fondo de la sala para echar un vistazo a la cardiotocografía en caso de que vuelva a empeorar, pero todo sale bien y al cabo de poco asoma ya la cabeza del bebé.

El padre lo observa, presenciando el milagro del nacimiento por primera vez, alentando a su esposa con exclamaciones y arrullos y diciéndole lo bien que lo está haciendo. La comadrona le dice a la madre que deje de empujar y empiece a resollar para poder orientar la cabeza del bebé de manera que salga lentamente y, con suerte, no se produzca un desgarro demasiado grande. A medida que la cabeza avanza, el padre grita: «¡Dios mío, ¿dónde tiene la cara?!». Como es comprensible, la madre grita, la cabeza del bebé sale disparada y el perineo de la madre estalla. Les explico que los bebés suelen nacer mirando hacia abajo¹⁰⁷ y que la cara de su bebé parece estar perfecta (aunque un poco más salpicada de sangre de lo normal). Me pongo los guantes y abro el equipo de sutura.

Martes, 5 de mayo de 2009

Una paciente en el consultorio prenatal me pide que se le practique una cesárea sin ninguna indicación clínica. Le explico que en nuestra unidad no se hacen cesáreas a demanda: tiene que existir un motivo médico, porque se trata de una operación, con los riesgos asociados de hemorragia, infección, anestesia, etc., que esto conlleva. Ella argumenta que no quiere pasar por un parto largo y luego acabar con una cesárea de urgencia. Me pilla con el pie cambiado, porque es cierto que una cesárea planificada es mucho más segura que una de urgencia, y normalmente mucho más segura que un parto instrumentalizado también, pero no se lo digo.

No se da por vencida. «O sea, ¿y qué pasa si yo soy demasiado fina para empujar?», me dice con el acento más pijo que he oído en tiempo. Me siento mal por negarle la cesárea, sobre todo teniendo en cuenta que un tercio de las obstetras mujeres deciden parir por cesárea y, claramente, eso no es justo.

Resulta que precisamente ayer me encontré en el otro lado de la barrera. H y yo estamos pensando en mudarnos a una casa un poco

más grande y fuimos a ver un piso que nos gustaba con un agente inmobiliario. Aquella comadreja de apenas veinte años empezó a desplegar tácticas de venta agresiva. La ubicación era fantástica, nos aseguró: él mismo se había comprado su casa en la calle de atrás, lo cual solo consiguió que todo el asunto fuera aún más deprimente, porque un embrión con un traje de nailon tenía pasta para comprarse una vivienda en una zona que nosotros casi no nos podíamos permitir. ¿Me había equivocado de trabajo? ¿O acaso las inmobiliarias son como tiendas benéficas en las que el personal tiene prioridad para quedarse lo que llega?

Nos contó que los propietarios habían rechazado una oferta previa por debajo del precio solicitado, pero que no podía decirnos cuánto por debajo, porque eso iba en contra de la ley de las comadreas de las inmobiliarias, un código de honor entre deshonorosos. Le pregunté si sus colegas le habían chivado alguna pista sobre cuán por debajo del precio habían hecho ofertas los otros candidatos cuando él se había comprado su propia vivienda. Se puso de un delicioso color rojo tomate secado al sol. «Pregúnteme mi número favorito de libras», dijo. Resulta que su número favorito eran 11.500.

«Pregúnteme por qué a algunas mujeres se les hacen cesáreas», le digo a la paciente. Espero a que su satélite intelectual fuera de órbita se ponga en hora y me lo pregunta. Le respondo que a algunas mujeres les preocupan los efectos significativamente peores a largo plazo para la vejiga y la incontinencia intestinal que acarrearán los partos normales, puesto que estos podrían influir sobremanera en su estilo de vida. Resulta que a ella también le preocupa eso y ahora tiene cita para una cesárea cuando esté de treinta y nueve semanas.

Jueves, 25 de junio de 2009

Bajo a urgencias hacia las once de la noche para examinar a una paciente mientras reviso Twitter en el móvil para hacer acopio de la fuerza necesaria para visitarla. Hay una noticia en primicia, pero hasta ahora solo informan de ello las páginas de cotilleos. «¡Joder! — exclamo ahogando un grito—. ¡Ha muerto Michael Jackson!» Una de las enfermeras suspira y se pone en pie. «¿En qué box?»

Sábado, 18 de julio de 2009

Si alguien planea actualizar próximamente el juramento hipocrático, debería añadir una frase sobre no mencionar nunca que eres médico en una fiesta. Sobre todo, en el caso del personal de obstetricia y ginecología, porque hacerlo abre las puertas del infierno y precede a una conversación con cada una de las mujeres del planeta, que te hacen preguntas sobre anticonceptivos, fertilidad o embarazo. Yo me he vuelto sumamente bueno dando largas en lo relativo a mi profesión cuando conozco a alguien nuevo, o cambiando de tema como por arte de magia.

Esta noche, en una fiesta en casa de alguien, hemos acabado hablando de burkas, y alguien ha comentado que muchas mujeres llevan debajo ropa de marcas de lujo, miles de libras en ropa oculta a la vista. «Es verdad —intervengo yo—. Y, además, debajo de eso he visto a muchas musulmanas ortodoxas vestir lencería de Agent Provocateur y a media docena con una depilación púbica realmente elaborada: iniciales, espirales, no os lo podéis ni imaginar...» Se hace el más absoluto de los silencios. Y entonces caigo en la cuenta de que me he pasado con el misterio. «Por cierto, soy médico.»

Martes, 28 de julio de 2009

Reservo hora a una pareja que quiere tener a su hijo mediante cesárea y me preguntan si se puede elegir fecha. Él es británico y ella china y sé que, para el horóscopo chino, determinados días del año traen suerte y otros, desgracias, y que, por supuesto, es preferible dar a luz en una «fecha de buen augurio», como es bien sabido. Haremos lo posible por tenerlo en cuenta si es seguro y viable. Me piden que compruebe si puede ser el día uno o dos de enero. «¿Son fechas de buen augurio?», les pregunto, mientras me otorgo mentalmente una medalla a la «excelencia en sensibilidad cultural.»

«No —responde el marido—. Los niños nacidos en enero son los más mayores de su clase y obtienen mejores resultados en los exámenes.»

Lunes, 10 de agosto de 2009

Sí, señora, defecará durante el parto. Sí, es completamente normal. Es por la presión. No, no hay nada que yo pueda hacer para evitarlo, aunque, si me lo hubiera preguntado ayer, le habría sugerido que el platazo de curri que se comió para «inducir el parto»¹⁰⁸ probablemente no sería de gran ayuda.

Lunes, 17 de agosto de 2009

Ando enseñando a los estudiantes un poco de anatomía pélvica cuando aparece alguien de administración con noticias de Justin, el miembro del grupo que no ha venido. No volverá en lo que queda de trimestre y todo apunta a que no se unirá a la profesión médica. Anoche se enzarzó en una pelea a puñetazos con su novio en una discoteca y llamaron a la policía. Esta detectó que Justin llevaba unos polvos blancos encima, sospecharon que no eran edulcorante y lo arrestaron. Justin alegó en su defensa que tenían que ponerlo en libertad inmediatamente, porque es estudiante de Medicina y el país lo necesita. Le salió el tiro por la culata, porque la policía se ha puesto en contacto con la facultad de Medicina para explicar el motivo de su ausencia esta mañana.

Cuando el de administración se va, no queda nadie muy interesado en aprender anatomía pélvica (si es que lo había antes). La cosa deriva en una conversación sobre las aptitudes necesarias para ejercer la práctica médica y también sobre que te inhabiliten antes incluso de haberte habilitado. Todos y cada uno de los alumnos plantean a su manera y dando muchos rodeos la pregunta hipotética de qué pasaría si un estudiante de Medicina hace «eso», y todos se quedan blancos como el papel al oír mi respuesta. Les cuento la historia de unos compañeros míos a los que condenaron. Un grupo de alumnos de tercer año estaban de gira por Francia con el equipo de rugby, una gira que consistía en jugar algún que otro partido y disfrutar de incontables horas de juegos alcohólicos. El más original implicaba ir a un bar y aplicar literalmente el sentido del nombre

«Bloody Mary». ¹⁰⁹ Los alumnos pedían en la barra vasos generosos de vodka, volvían a sus mesas, sacaban agujas y jeringas, se sacaban sangre unos a otros, la vertían en los vodkas y se los trincaban. La gendarmería decidió pasarse por el forro aquello de «lo que pasa en el continente se queda en el continente» y acudió urgentemente a la llamada del personal de un bar, preocupado por la cantidad de agujas que había encontrado en sus instalaciones; después de eso, los estudiantes fueron detenidos y la universidad, informada. A mi grupo de alumnos pareció satisfacerles la idea de que aquello fuera un delito que pudiera excluirte de la profesión, aunque uno de ellos planteó como atenuante que era bastante impresionante que un grupo de alumnos de tercer año fuera capaz de sacar sangre.

«Pobre Justin», parecía ser el sentimiento que prevalecía entre ellos. Mi sugerencia de «Pobre novio apaleado de Justin» cayó en saco roto.

—No me lo puedo creer —suspiró una joven sonoramente—. ¿Justin es gay?

Miércoles, 19 de agosto de 2009

Dilema moral. Me abro camino por las cesáreas del día. Esta es porque el bebé viene de nalgas: corto el útero y queda claro que el bebé no está de nalgas. Joder. Debería haber hecho una ecografía antes de empezar; se supone que es lo que hay que hacer siempre, por si acaso el bebé se ha dado la vuelta desde la última ecografía, cosa que nunca sucede. Salvo hoy.

Tengo las siguientes opciones:

a) Sacar al bebé que se ha dado la vuelta mágicamente y decirle a la paciente que acabo de practicarle una cesárea del todo innecesaria, que le va a quedar una cicatriz en el abdomen y que va a tener que quedarse hospitalizada varios días, cuando podría haber tenido un parto normal.

b

) Sacar al bebé y fingir que venía de nalgas, lo cual implicaría mentir en el informe y convencer a mi asistente y a la

enfermera de quirófano de que cometan perjurio aliándose conmigo.

c) Meter la mano en el útero, girar al bebé, agarrarlo de una pierna y sacarlo de nalgas.

Elijo a) y le confieso lo ocurrido a la paciente, que se muestra asombrosamente comprensiva, lo cual me hace sospechar que prefería alumbrar por cesárea en cualquier caso. Entonces llega el momento de rellenar el formulario de incidencia clínica y explicarle lo ocurrido al señor Cadogan. Él se muestra amable y me dice que al menos nunca más se me olvidará hacerle una ecografía a una paciente antes de una cesárea.

Además, me siento mucho mejor cuando me explica que él también realizó una cesárea innecesaria cuando estaba de residente. El bebé no salía con el fórceps y optó por practicar una cesárea de urgencia. Por desgracia, cuando abrió el abdomen, el bebé se las había apañado para nacer vaginalmente.

—¿Y cómo le explicó eso a la paciente? —le pregunto.

Se produce una pausa.

—Bueno, en aquella época no éramos tan sinceros con las clientes.

Jueves, 20 de agosto de 2009

Autorizo la interrupción del embarazo de la paciente YS, un embarazo no deseado de una estudiante de veinte años por un mal uso del condón.¹¹⁰ Analizamos métodos anticonceptivos adicionales y el uso correcto del preservativo. Identifico un error en su técnica. Soy un gran fan del reciclaje, pero si le das la vuelta a un condón usado y te lo vuelves a poner para el segundo asalto, probablemente no será muy eficaz.¹¹¹

Martes, 20 de octubre de 2009

Falta un adjunto en la clínica de atención prenatal, así que dirijo el barco yo solo. He examinado a treinta pacientes en el consultorio por la mañana, de donde he salido a las tres del mediodía, dos horas

después de la hora a la que se suponía que tenía que llegar al consultorio de la tarde.

Todas las pacientes a las que visito están enfadadas, y con razón: llevan dos horas en la sala de espera y están de morros. Sobra decir que mis sinceras disculpas y mis «no es culpa mía» no sirven de mucho para que dejen de refunfuñar durante las visitas. Sospecho que, si fuera piloto y el copiloto no se presentara, la aerolínea sería capaz de hallar una solución mejor que «apáñatelas como puedas».

A las siete de la tarde estoy a dos pacientes de la línea de meta cuando me piden que elabore un informe psiquiátrico urgente para alguien que ha tenido una recaída de anorexia nerviosa grave a las treinta semanas de gestación. La paciente ha comido más que yo hoy.

Miércoles, 28 de octubre de 2009

Tengo que ingresar a una mujer por una inflamación pélvica para administrarle antibióticos intravenosos. Por desgracia, ella no quiere que lo haga, porque cree que estoy a sueldo de las farmacéuticas, así que llegamos a una especie de punto muerto. Hablamos sobre sus reticencias. Resulta que su preocupación es muy reciente y ha sido causada por algo que leyó en Facebook el día anterior.

Por lo que a mí respecta, ese es otro punto negativo para la tecnología. A sumar al hecho de que el Consejo de Administración del hospital ha comprendido por fin que estamos en el siglo XXI, ha digitalizado el sistema de radiología y ha desterrado por fin las cajas de luz y las radiografías impresas. En lugar de ello, ahora podemos consultarlas desde cualquier ordenador del hospital. Por desgracia, el sistema lleva averiado desde que lo instalaron y nos ha retrotraído en el tiempo al siglo XIX, antes de la aparición de los rayos X.

Las pacientes suelen acudir al consultorio con montones de papeles subrayados con información que han sacado de Google, y resulta bastante tedioso dedicar diez minutos más por paciente a explicar que una bloguera de Copenhague que usa un tema de corazones rosas de Wordpress tal vez no sea la fuente de referencia más fiable. Aunque a mí Google sí me salve la vida cuando tengo que

consultar datos presa del pánico mientras envío a las pacientes a rellenar una muestra de orina.

Hoy, la tecnología promueve las teorías de la conspiración. La paciente me exige que le demuestre que no me sobornan las farmacéuticas. Le señalo que los antibióticos que quiero recetarle cuestan unos pocos peniques y que las farmacéuticas probablemente se pondrían hechas un basilisco conmigo por no elegir una alternativa más cara. No flaquea. Le indico también que los antibióticos que le he recetado son genéricos,¹¹² en lugar de apostar por el producto de una empresa. Sigue mostrándose inflexible. Le explico que conduzco un Peugeot 206 con cinco años de antigüedad y que probablemente no se pueda tener menos dinero en el bolsillo que yo. «De acuerdo», dice, y acepta tomarse los antibióticos.

Miércoles, 4 de noviembre de 2009

La paciente TH es una contable de unos treinta y cinco años a quien le han diagnosticado un embarazo ectópico. Puede optar por un tratamiento con metotrexato¹¹³ y ella se muestra satisfecha de evitar así una intervención quirúrgica. Firmo la autorización para que reciba el tratamiento y le explico cómo funciona. Le hablo de los posibles efectos secundarios y las diversas cosas que puede y no puede hacer mientras lo toma, recalcando que debe usar un método anticonceptivo eficaz durante los tres meses siguientes y abstenerse de mantener relaciones sexuales durante el primer mes después del tratamiento. Hace una pausa para reflexionar sobre mis palabras y me pregunta: «¿Y puedo practicar sexo anal?». ¹¹⁴

Miércoles, 18 de noviembre de 2009

Visito al padre de Ron en el hospital. Su aspecto es espantoso, tiene ictericia y se le marcan todos los huesos a través de la piel. Su rostro se ha convertido en un mapa de carreteras hecho de vasos sanguíneos visibles y su cuerpo ha quemado hasta la última célula grasa, destinando toda su energía a combatir un cáncer que no tiene ninguna

posibilidad de vencer. «Ojalá no tuvierais que verme así —dice—. Nos vamos a gastar una fortuna en la funeraria para que me dejen presentable. ¿Acaso no podías esperar unos meses más?»

Ha acudido al hospital para que le pongan una endoprótesis esofágica que le permita seguir comiendo y bebiendo y vivir lo más cómodamente posible durante su último capítulo. El ingeniero jubilado que hay en él está fascinado por el mecanismo de la endoprótesis, una malla metálica elástica lo bastante fuerte como para contener el tumor y abrirle el esófago. «Esto no habría sido posible hace veinte años», dice, y hablamos de la suerte que tenemos de vivir en este punto concreto de la civilización. «¿Crees que dentro de veinte años habrá una cura para el cáncer?», me pregunta. No tengo claro si le consolaría más que le diga que sí o que no. Esquivo el tema con un «Yo solo entiendo de vaginas, colega», y se ríe.

Siguiente pregunta. «¿Por qué siempre decimos que las personas han perdido la batalla frente al cáncer en lugar de decir que el cáncer les ha ganado la batalla?» No deja de hacer bromas, aunque, la verdad, él siempre ha sido un bromista. Los primeros minutos de mi visita me siento incómodo, pero al cabo de un rato disfruto de verdad de una mañana que llevaba tiempo temiendo afrontar. Es un gesto amable e inteligente: no solo les hace más llevaderas las visitas a los amigos y familiares que acuden a verlo, sino que además se asegura de que lo recordemos como siempre fue, tal vez más débil físicamente, pero con la misma personalidad.

Jueves, 10 de diciembre de 2009

Un emotivo parto con ventosa: es una madre a la que visité en la clínica de fertilidad cuando empecé a trabajar aquí. Me dan ganas de sostener al bebé en alto como si fuera Simba en *El rey león* y arrancarme con mi mejor interpretación de «El ciclo de la vida».

Mientras la remiendo, le pregunto qué tal fue el tratamiento de fertilidad. Resulta que se quedó embarazada sin tratamiento la semana siguiente de nuestra cita. Pero me da igual: me anoto el tanto.

Jueves, 17 de diciembre de 2009

Por desgracia, la violencia de género durante el embarazo sigue causando la muerte de madres y bebés cada año en Reino Unido. Los obstetras tenemos el deber de mantenernos alerta para detectar posibles casos. A menudo resulta difícil, porque los maridos controladores suelen acompañar a sus esposas a las visitas médicas para impedir que ellas expliquen lo que sucede. Nuestro hospital tiene un sistema para ayudar a las mujeres a denunciar que son víctimas de violencia. En los aseos de mujeres hay un cartel que dice: «Si quieres hablar sobre violencia doméstica, pon una pegatina roja en tu historial», y hay hojas con pegatinas rojas en todos los cubículos.

Hoy, por primera vez en toda mi carrera profesional, una mujer había puesto varias pegatinas rojas en la primera página de sus informes. Es una situación peliaguda, porque ha acudido al consultorio con su esposo y su hijo de dos años. Intento sin éxito que el marido salga de la consulta. Hago venir a una comadrona experimentada y a un especialista y, entre todos, conseguimos verla a solas.

Pese a que empezamos a indagar con delicadeza, no conseguimos nada: se cierra en banda, confusa, asustada. Después de diez minutos, descubrimos que las pegatinas rojas no son más que una muestra precoz de creatividad de su hijo de dos años, que las ha puesto en el historial cuando han ido juntos al lavabo.

ADJUNTO – CUARTO DESTINO

Durante mi carrera como médico, por cada «¿Le importaría echar un vistazo a este bulto/sarpullido/pene?» que oí fuera del trabajo, siempre hubo un «No sé cómo os las apañáis». Normalmente lo decían personas que no serían consideradas aptas para formar parte de un jurado en un juicio, por no hablar de entrar a una facultad de Medicina, pero sigue siendo un argumento válido. La medicina es un trabajo difícil en términos de horario, energía y emociones; y, visto desde fuera, no parece que suscite envidia.

Después de seis años de práctica médica, mi trabajo había perdido ya todo el glamur. Mi dedo ya había sobrevolado más de una vez el botón de «¡al carajo!». Sucedió los días en los que algo había salido mal, que las pacientes se habían quejado o que las hojas de tareas y turnos habían cambiado en el último minuto. Mi determinación flaqueaba, no aún lo suficiente como para empezar a dibujar círculos en las páginas de búsqueda de empleo del periódico, pero sin duda sí para preguntarme si tenía alguna tía soltera millonaria a punto de palmarla, a quien le hubiera perdido la pista hace tiempo.

Sin embargo, un par de cosas me mantenían al pie del cañón. En primer lugar, había trabajado duramente y durante mucho tiempo para llegar adonde había llegado. Y, en segundo lugar, y soy consciente de que esto puede sonar un poco preocupante, es un privilegio desempeñar un papel tan importante en la vida de otras personas.

Puedes llegar una hora tarde a casa, pero llegas una hora tarde porque has evitado que una madre se desangrara hasta la muerte. Y puedes haber tenido a cuarenta mujeres en un consultorio de atención

prenatal diseñado para veinte, pero eso significa que cuarenta mujeres te confían la salud de sus bebés. Incluso en los aspectos del trabajo que detestas (en mi caso, el consultorio de ginecología geriátrica, un puñado de viejecitas con suelos pélvicos como arenas movedizas y los úteros criando telarañas dentro de sus bragas de cuello vuelto), cada decisión que tomas puede mejorar muchísimo la calidad de vida de una persona. Y entonces una paciente estornuda, sacas el cubo y el mocho y te preguntas por qué no decidiste dedicarte a la contabilidad.

Puedes maldecir tu empleo y las horas que le dedicas, tener figuritas de vudú de los directivos e incluso llevar encima un vial de aceite de ricino en todo momento, por si alguna vez te topas por casualidad con el ministro de Sanidad, pero, a nivel individual, te preocupas de verdad por todos tus pacientes.¹¹⁵

Debía de estar yo muy optimista durante mi cuarto destino como adjunto para que aceptara la invitación de representar a la profesión médica en la semana de orientación universitaria de mi excolegio. Mi participación consistía en pasarme toda una mañana sentado a una mesa mientras una pandilla de adolescentes desgarrados caminaban arrastrando los pies por la sala y se acercaban a formularme preguntas acerca de mi empleo. La verdad es que, para qué engañarse, la mayoría se acercó a otras personas a preguntarles por sus empleos, más interesantes y mejor pagados. Mi mesa era a todas luces la menos atractiva: todo el mundo tenía pilas de folletos y boles llenos de bolígrafos, chucherías y llaveros. La consultora Deloitte regalaba incluso donuts rellenos, cosa que, en mi opinión, era hacer un poco de trampa. ¿Qué debería haber llevado yo para estimular a los futuros universitarios a emprender la carrera de Medicina? ¿Estetoscopios de juguete? ¿Batidos de líquido amniótico? ¿Agendas con todos los fines de semana, las noches y las Navidades convenientemente tachados?

Los estudiantes que sí hablaron conmigo eran jóvenes inteligentes, motivados y eruditos (estoy seguro de que todos habrían entrado sin problemas en la facultad de Medicina de haberlo querido), y acabé debatiendo largo tiempo con ellos los aspectos positivos y negativos de mi trabajo. Y aunque defendí mi profesión, sobre todo teniendo en cuenta a quiénes me rodeaban, Dios sabe que necesitamos que quien se incorpore a ella sepa dónde se mete. Así que les conté la verdad: los horarios son lamentables; el salario, espantoso, y las

condiciones laborales, terribles; te menosprecian, no te apoyan, te faltan al respeto y, con frecuencia, corre peligro tu integridad física. Pero es el mejor trabajo del mundo.

La clínica de fertilidad ayuda a parejas a concebir tras años de intentarlo, parejas que no han perdido la esperanza, y resulta difícil explicar la sensación tan especial que eso transmite. Es algo que podría hacer sin problemas en mi tiempo libre y gratis (tal y como hice con frecuencia, pues estas clínicas están sobrepasadas de trabajo). La sala de partos es una auténtica montaña rusa, lo que significa que normalmente todo el mundo acaba sano y salvo, aunque a veces parezca ir en contra de las mismas leyes de la naturaleza. Avanzas como una flecha de sala en sala, trayendo al mundo a cualquier bebé que tenga algún problema o se haya quedado atrapado, y dejas una marca indeleble en las vidas de esos pacientes. Eres un superhéroe de gama baja, con un cinturón de herramientas formado por un bisturí, unas pinzas y una ventosa.

Era evidente que las profesiones de las otras mesas tenían sus propios atractivos, entre los cuales destacaba la montaña de dinero que se cobra cada mes, pero no hay nada que se parezca a la sensación de salvar una vida. Y la mitad de las veces, ni siquiera es eso, sino que te basta con saber que has hecho algo realmente útil. Por muy cansado, tarde y salpicado de sangre que llegues, vuelves a casa con un paso alegre que resulta difícil de describir, sintiendo que desempeñas un papel relevante en el mundo. Pronuncié este discursito unas treinta veces y, hacia el final de la mañana, tenía la sensación de haberme sometido a una rigurosa terapia de pareja: había expuesto todos los problemas y, al mismo tiempo, había constatado que la llama seguía viva.

Abandoné aquella sala animado, con muchas ganas de incorporarme a la maternidad el lunes. ¡Qué gran honor desempeñar esta profesión, aunque el todo sea significativamente peor que la suma de sus partes! Birlé un donut de la mesa de Deloitte y volví a casa.¹¹⁶

Y decidí que la próxima vez que alguien me preguntara: «¿De verdad? ¿Y cómo te las apañas?», tendría clara mi respuesta, aunque confieso que solía contestar con un: «Me gusta operar vaginas de desconocidas», lo cual, al menos, zanjaba la conversación rápidamente.

Viernes, 5 de febrero de 2010

Le realizo una cesárea a una mujer que ya se ha sometido a tres cesáreas anteriormente: tiene el abdomen duro como una piedra a causa de las adherencias. Solicito al adjunto sénior que acuda a echarme una mano y degrado al residente al papel de mero espectador. El tejido cicatrizal ha hecho que el intestino esté unido a la vejiga y esta, a su vez, con el útero, que a su vez se ha unido con la musculatura, que a su vez se ha unido con Dios sabe qué. Es como si se hubieran liado los cables de diez pares de auriculares y el conjunto se hubiera encerrado en hormigón.

El adjunto sénior me dice que tardaremos lo que tengamos que tardar: que lo único que hay que hacer es avanzar lenta y metódicamente. Mejor que nos lleve tres horas que tener que repararle el intestino a la paciente y que tenga que pasarse una semana de más ingresada en el hospital. Procedemos a ritmo de excavación arqueológica. Cuando la cosa se pone fácil y acelero, el adjunto sénior posa su mano sobre la mía y vuelvo a ralentizarme.

Al final, casi tenemos espacio para hacer la incisión y extraer al bebé: falta solo una curva de intestino por separar del útero. Estoy a punto de lograrlo cuando la pestilencia inconfundiblemente fétida del contenido de los intestinos invade el quirófano. Mierda. Literalmente. Estábamos tan cerca de lograrlo...

El sénior me dice que extraiga al bebé; él va a salir un momento del quirófano a llamar al cirujano intestinal para que acuda a reparar el daño.¹¹⁷

El residente exclama avergonzado: «Uy, lo siento. Eso ha sido mi intestino...».

Sábado, 6 de febrero de 2010

Quedo con Euan, un amigo de la residencia universitaria, y su esposa, Milly, para comer en el centro: la invitación es a cambio de extraerme información sobre temas de fertilidad. Cuando nos sirven los segundos, abandonamos la nostalgia y me pongo en modo médico.

—Decidme. ¿Cuánto tiempo lleváis intentándolo?

—Siete meses y dos semanas —responde Milly mecánicamente, como un cajero automático dispensando un billete. Es extrañamente precisa.

De hecho, cuando se zambulle en su enorme bolso y saca una carpeta, que me entrega con cara impasible, se demuestra que extraña y precisa son sus rasgos principales. Me queda claro que me están permitiendo ver un documento de una importancia colosal. Hojeo página tras página de hojas de cálculo: tardo unos segundos en asimilar lo espantosa que es su obra maestra. Se trata de una base de datos en la que ha consignado cada una de las veces que han mantenido relaciones sexuales desde que dejaron de usar métodos anticonceptivos, así como las fechas del ciclo de Milly y, lo más inquietante, la duración del acto sexual y quién estaba encima. No tengo ni pajolera idea de por qué han documentado los datos con tal grado de detalle, a menos que sea un intento deliberado de quitarme el hambre y evitar que la invitación les salga muy cara.

Paso el resto de la comida completamente distraído, incapaz de quitarme de la cabeza las posturas sexuales de mi excompañero de piso y la duración de sus polvos, de imaginármelo arriba, abajo o detrás, obediente como un caballo de tiro. Consigo recobrar la compostura el tiempo necesario para darles algunos consejos medio decentes: dejar el café y el alcohol, pedir unos análisis de sangre a su médico de cabecera y cuándo deben acudir a la clínica de fertilidad, llegado el caso.

—¿Tiene sentido seguir llevando el diario? —pregunta Milly.

—Desde luego que sí —respondo, en parte para que no crean que me han enseñado innecesariamente su almanaque sexual y en parte para regalar una buena carcajada al pobre adjunto de fertilidad dentro de unos meses.

Martes, 9 de febrero de 2010

Hoy, mientras yo me encargaba de devolver a un perineo el aspecto de un perineo tras una extracción con fórceps, la comadrona le pregunta a la madre si le parece bien que le inyecte al bebé vitamina K. La

paciente nos suelta una historia de terror propia de un curandero publicada por un tabloide sensacionalista, aunque parece haberla leído del revés.

Rechaza la vitamina K porque «las vacunas causan artritis». La comadrona le explica pacientemente que la vitamina K no es una vacuna, es una vitamina, y que es muy importante para ayudar a la coagulación de la sangre del bebé. Y que no provoca artritis; tal vez se refiera al autismo, que tampoco lo causan las vacunas, y, además, esta inyección no es una vacuna.

«No —dice la madre—. No pienso poner en peligro la salud de mi bebé.»

Domingo, 14 de febrero de 2010

Primer Día de San Valentín que paso con H en cuatro años. Sugiero que, en lo que al Día de los Enamorados se refiere, salir con un médico es como que tu cumpleaños sea el 29 de febrero.

Disfrutamos de una encantadora cena tailandesa en el restaurante Blue Elephant. Al final de la comida, el camarero trae un par de dulces con forma de corazón en una caja de madera finamente labrada. Me como el mío de un bocado. Resulta que era una vela.

Martes, 16 de febrero de 2010

Una pareja rompe a llorar al enterarse de que habrá que extraer a su hijita a través del abdomen porque el parto no progresa. Al parecer, lo que más les entristece es la pequeña y extraña obsesión del marido con ser la primera persona que toque a la bebé. No tenemos demasiado tiempo para indagar por qué quiere que sea así (quizá quiera romper un maleficio o tenga superpoderes que necesite transferir a su prole), pero se muestra muy insistente. ¿No hay manera de ser la primera persona que la toque? ¿No puede sacarla él al final de la cesárea, por ejemplo?

Si mirase el interior de un abdomen seguramente se desmayaría, vomitaría o ambas cosas a la vez: es como un guiso de carne y despojos elaborado por un chalado. Además, la mayoría de los médicos

residentes necesitan unas cuantas cesáreas antes de poder sacar a un bebé por la cabeza, aunque tal vez pueda entrenarse a toda velocidad sacando melones de una ciénaga con una sola mano. Y, para rematarlo, nadie parece caer en la cuenta de que se trata de un ritual complicado que se tarda tiempo en preparar, y que consiste en ponerse ropa quirúrgica y luego una bata y unos guantes. ¡Guantes! «¿Qué le parece si le entregamos el bebé directamente a usted —le sugiero—. Nosotros llevaremos guantes, de manera que usted será la primera persona que le toque la piel.»

Adjudicado.

Jueves, 25 de febrero de 2010

Suena el timbre de urgencias en la sala de partos. Todo el equipo corre por el pasillo de un lado para otro, pero nadie atina a ver la luz intermitente que indica la sala de la emergencia.

Uno pensaría que, a estas alturas, alguien podría haber inventado un sistema más sofisticado, teniendo en cuenta que hay vidas en riesgo, pero seguimos anclados en el mismo método que se usa para llamar a las azafatas de los aviones. Alguien pulsa un botón, se oye un pitido penetrante en toda la planta cada par de segundos y luego la tripulación de cabina/equipo obstétrico deambula de un lado a otro buscando una luz, hasta encontrar a la persona que ha dado la alerta y desactiva la alarma. A veces me gustaría dejar las urgencias médicas y dedicarme a algo menos estresante, como servir *gin-tonics* o enfrentarme a un terrorista que amenaza con volar el avión.

La alarma sigue sonando y, con un tiempo valiosísimo corriendo en contra, decidimos ir de habitación en habitación, comprobando a todas las pacientes que están de parto. Es evidente que una de las luces se ha averiado.

Nadie parece estar teniendo una emergencia. ¿Qué nos queda? Los vestuarios, las salas de dilatación, los aseos, las salas de los anestesistas, el salón del té: nos dividimos en grupos como en *Scooby-Doo* y nos disponemos a peinar toda el ala de maternidad. Nada. Literalmente, una falsa alarma. Pero, dejando de lado el hecho de que se trata de un sonido ensordecedor, hasta el último miembro del

personal está programado para reaccionar a ese sonido pasando a la acción. Es demasiado desconcertante para tenerlo de fondo, es como si la radio emitiera una alarma antiaérea.

Llamamos al servicio técnico. Aparece un tipo y manipula inútilmente una caja que hay en la pared durante diez minutos. Al parecer, mañana enviarán a alguien para repararlo: hasta entonces tenemos la opción de trabajar con una alarma constante de fondo o sin sistema de alarma. Llamamos al profesor Carrow, el especialista de guardia, para solicitar su presencia. Está furioso, sobre todo porque se ha pasado la última década evitando con éxito entrar en la zona de las salas de parto durante sus turnos, pero también, como le señala al técnico, porque se trata de un incidente clínico de suma gravedad. Hay vidas en peligro y la empresa debe acudir de inmediato a resolverlo. El técnico farfulla que hará cuanto esté en su mano, pero que no promete nada, y, además, ¿qué hacíamos hace cien años, antes de que existieran las alarmas?

El profesor Carrow lo fulmina con una mirada glacial y le contesta: «Una de cada veinte mujeres fallecía dando a luz».

Miércoles, 3 de marzo de 2010

Estoy poniendo la última grapa cutánea tras una cesárea sin complicaciones cuando la enfermera de quirófano anuncia que existe una discrepancia en el recuento de torundas de algodón: falta una.¹¹⁸ Que no cunda el pánico, nos decimos, presas del pánico. Comprobamos el suelo y bajo las sábanas: no está por ninguna parte. Revisamos la placenta y los coágulos de sangre de la papelera de residuos clínicos (que es como el cubo de vómito más asqueroso del mundo): la torunda no aparece. Solicito la presencia del doctor Fortescue, el especialista de guardia de hoy, para decidir si volvemos a abrir a la paciente o la enviamos a que le hagan una radiografía.¹¹⁹

El señor Fortescue decide que deberíamos volverla a abrir y esperamos a que la dosis adicional de epidural suministrada por el anestesista haga efecto. Me cuenta una historia sucedida hace unos años: una anciana se presentó en su consultorio quejándose de dolor en la parte baja del abdomen. Tras realizarle otras exploraciones, la

envió a que le hicieran una radiografía. El principal hallazgo fue la presencia de una cuchara en la cavidad abdominal. Tras hacerle las preguntas pertinentes, como «¿Alguna vez se ha comido una cuchara?» o «¿Se introduce cucharas por la vagina o el recto?», parecía improbable descubrir el origen del objeto. Pero le causaba dolor y había que extraerlo mediante cirugía abierta, con anestesia general.

Y, en efecto, durante la cirugía, anidada entre sus intestinos y otras mollejas, había una cucharilla de postre. Al extraerla, sus únicos rasgos identificativos eran una serie de arañazos en la superficie posterior y las palabras «Propiedad del hospital Saint Theodore» grabadas en el mango. El señor Fortescue visitó a la paciente en planta después de la operación y ambos se mostraron igual de desconcertados con respecto a cómo había conseguido aquella cucharilla abrirse camino desde el Saint Theodore hasta su cavidad abdominal. El último contacto de la paciente con dicho hospital, salvo por la cuchara que le removía las tripas como si fueran un *risotto*, había sido una cesárea practicada en 1960. Tras la operación se intercambiaron correspondencias con el Saint Theodore, donde negaron categóricamente la implantación de cucharas durante procedimientos quirúrgicos rutinarios, si bien lograron recuperar el informe de la operación de la paciente. No revelaba dato alguno relativo a la cuchara (no es probable que los médicos que birlan cubertería de la cafetería para introducirla en el estómago de los pacientes lo documenten), pero sí se indicaba el nombre del cirujano. El caballero había fallecido hacía mucho tiempo, pero el señor Fortescue consiguió finalmente hablar con alguien que se había formado bajo su tutela y le preguntó si su antiguo jefe tenía la costumbre de interrumpir las cesáreas para comerse un flan. Y, sorprendentemente, allí encontró la explicación. El cirujano en cuestión solía usar una cucharilla esterilizada a la hora de suturar la vaina del músculo rectal¹²⁰ para proteger las estructuras subyacentes. En esta ocasión, era evidente que la cuchara se había caído dentro de la paciente y el médico había decidido que se jodiera y continuar adelante.

Nos llama el anestesista para decirnos que ya podemos proceder y, justo cuando empiezo a retirarle las grapas cutáneas a la paciente, entra corriendo una comadrona en el quirófano para decirnos que

paremos máquinas porque han encontrado la torunda: la tenía el bebé en la mano. Todo el mundo respira aliviado, salvo la enfermera de quirófano, que se ha pasado media hora sometida a un estrés innecesario y rebuscando en la basura. «Maldito capullo ladrón», exclama, sin ver que tiene justo detrás la torunda en cuestión, en manos del bebé en cuestión, en brazos de su padre.

Jueves, 18 de marzo de 2010

Suena el busca de urgencias: una mujer embarazada de veinticinco semanas está dando a luz a su bebé en un box. El residente, el anestesista, la comadrona y yo bajamos como flechas a urgencias, con el equipo de prenatal justo detrás de nosotros, empujando todos sus cacharros sobre ruedas. La mujer sopla y resuella y tiene un aspecto terrible; el anestesista le administra analgésicos. La comadrona no detecta el latido del feto con el Sonicaid: malas noticias.

Examino a la paciente. No está de parto. De hecho, tiene intacto el cuello del útero, que sigue largo, duro y cerrado: no está de parto. ¡Qué raro! Le pregunto dónde le llevan el seguimiento del embarazo y nos dice que en nuestro hospital. Alguien busca su nombre en el ordenador y no aparece, aunque eso no es inusual. El ordenador niega tener registro prácticamente de todas las pacientes: nos iría mejor usar unas cartas del tarot. Alguien del personal de urgencias sale en desbandada en busca de una máquina de ecografías y le pregunto a la paciente cuándo le han realizado la última. La semana pasada. En este hospital, ¿verdad? Sí. ¿En la quinta planta? Sí. Ya veo. Les pido al anestesista, a la comadrona y a los pediatras que abandonen la habitación. En este hospital de tres plantas, las ecografías se realizan en la planta baja.

Aparece la máquina de ecografías y, por suerte, dado que acabo de despachar al resto del equipo, no hay ningún bebé, sino varias vueltas del intestino distendidas que hacen que parezca que la paciente está embarazada... si eres ciego.

«Pero ¿dónde está el bebé? ¿Adónde ha ido?», grita a un departamento de urgencias abarrotado y, sin duda, fascinado. Le digo que mis colegas aparecerán en breve para explicárselo y pido a urgencias que contacte con psiquiatría para que tengan la amabilidad

de hacerse cargo de ella. Voy un momento a la cafetería para sentarme y reflexionar en silencio acerca de lo que acabo de vivir. Me cabrea que la vida de otros pacientes se haya podido poner en peligro por el hecho de que la falsa alarma de esa mujer haya arrastrado a tantos médicos fuera de las salas de parto. Y me desconcierta lo que ella pensaba que iba a ocurrir: sabía que la iban a pillar, ¿no? Siento lástima por ella. ¿Qué tipo de traumas y demonios la han llevado a hacer algo así? Con suerte, mis amigos de psiquiatría le estarán ofreciendo la ayuda que necesita.

Me maldigo por pensar que podría tomarme un café sin que me molestaran: de repente me suena el busca para que acuda a una sala de partos tan rápidamente como pueda.

«¡Sala cuatro!», me grita la comadrona sénior cuando entro resollando en la planta de maternidad. Es la mujer de urgencias, que jadea y resopla de nuevo. Está claro que no se va a dar por vencida tan fácilmente y se ha fugado de urgencias antes de su examen psiquiátrico para probar suerte en otro sitio.

Al verme, pone cara de enojo extremo: acabo de aguarle la fiesta.

Sábado 27 de marzo de 2010

Unos cuantos amigos de la facultad de Medicina salimos de noche para convencernos de que tenemos una buena vida, pese a que todo apunta en sentido contrario. Sienta bien ponerse al día, aunque hayamos tenido que reprogramar la cita siete veces.

Después de cenar, acabamos en el bar de la facultad, por los viejos tiempos, y, luego, por algún motivo, quizá por la memoria muscular de la última vez que estuvimos allí, empezamos a jugar a juegos alcohólicos. El único cuyas reglas recordamos todos es el «Yo nunca...». El juego acaba convirtiéndose en una especie de terapia: los seis hemos llorado a causa del trabajo, cinco de nosotros hemos llorado mientras estábamos en el trabajo, todos nosotros hemos estado en situaciones en las que nos hemos sentido inseguros, tres de nosotros hemos visto nuestras relaciones personales truncadas debido al trabajo y todos nos hemos perdido celebraciones familiares de primer orden. Por el lado positivo, tres de nosotros hemos mantenido

relaciones sexuales con enfermeras y uno en el trabajo, de manera que no todo es malo.

Lunes, 19 de abril de 2010

La doctora Burbage, una de las especialistas, se ha tomado dos semanas de baja por la muerte de uno de sus perros. Las bromas en la sala del café de la planta de maternidad van que vuelan. Salgo en su defensa, para sorpresa de todos, y también mía.

La señora Burbage me desprecia: decidió que yo era un ser odioso nada más conocerme y no ha cambiado de opinión. Cuando le pregunté una vez si podía salir de la clínica un poco antes para asistir a una cena de aniversario (y por antes me refería a antes de que la cena acabara, no a antes de lo que estipulaba mi contrato), me respondió que me quedara y que «me resultaría más fácil encontrar una nueva pareja que un nuevo empleo». Añadió que, si pensaba trabajar en una clínica de prenatal para diabéticas, donde tendría que hablar con las pacientes acerca de su dieta, debería mostrar un poco de amor propio y perder algo de peso (tengo un IMC de 24). Una vez me dio un manotazo en quirófano por sostener un retractor de manera incorrecta, y me afeó que blasfemara una vez que exclamé «hostia». Otra vez me gritó delante de un paciente llamándome idiota y diciendo que debería regresar a la facultad de Medicina.

Y, sin embargo, ahí estoy, defendiéndola ante mis colegas. ¿Por qué reírse de alguien porque esté triste? Habría que respetarla por ello: sabe que todo el mundo descubrirá que su muro exterior no era más que eso, una coraza. ¿No deberíamos compadecernos de las personas cuya vida es tan miserable que se hunden cuando se les muere la mascota? La pena es la pena, y no hay una forma correcta de sentirla ni penas «normales». Se oyen murmullos de «quizá» a mi alrededor y me alejo de allí, tras haber acallado la conversación con mi alarde de compasión. Aunque, ahora en serio, coger dos semanas de baja por la muerte de un perro..., esa mujer está como una puta chota.

Miércoles, 21 de abril de 2010

Uno de mis tres estudiantes de Medicina viene a verme después de una tutoría y me pregunta si me importaría echarle un vistazo a su pene. Sí que me importa, pero no me queda más remedio, porque hace falta mucho valor para pedirle a uno de tus profesores que te mire la polla (excepto en el porno, donde parece que esto ocurre con bastante frecuencia). Lo llevo a una sala individual y me pongo unos guantes para que la cosa parezca profesional. Me dice que tiene el pene morado y que desde la noche anterior experimenta molestias al orinar.

Tengo la sensación de que omite ciertos elementos de la historia. Su pene parece una berenjena atacada por un tigre: está hinchado, amoratado y presenta tajos sangrantes en toda su longitud. Al interrogarlo, averiguo que la noche anterior estaba fanfarroneando frente a su novia sobre la fuerza de sus erecciones y le anunció que la robustez de su pene podía detener las aspas de un ventilador de mesa. Su hipótesis resultó ser monumentalmente incorrecta y el ventilador se proclamó campeón absoluto.

Le sugiero que acuda a urgencias, porque hay que cerrar un par de heridas y sospecho que tendrá que llevar una sonda hasta que baje la hinchazón. También le sugiero que quizá sería buena idea ir a las urgencias de otro hospital, a menos que quisiera que sus colegas lo llamen Ventilaverga el resto del tiempo que pase aquí.¹²¹

Jueves, 22 de abril de 2010

Realizo mi primer cerclaje cervical¹²² bajo la supervisión del profesor Carrow. En cualquier otra intervención, el especialista que te supervisa golpea dos veces el suelo con el pie cuando algo falla para evitar que causes demasiados estragos, como los profesores de autoescuela cuando pisan su freno. Pero el cerclaje depende solo de ti: pueden darte instrucciones verbales sobre la marcha, pero el menor desliz con la sutura, el menor temblor del pulso y puedes romper la membrana, poner fin al embarazo y hacer exactamente lo que la intervención intenta evitar. Y no hay modo de practicar la técnica en casa, a diferencia de cómo aprendimos a cerrar heridas siendo residentes de primer año: haciendo tajos a una naranja y suturando la monda.

La paciente SW perdió su primer embarazo a las veinte semanas y ahora está en la decimotercera semana del segundo. El profesor me dice que proceda con tranquilidad, despacio, y con toda la firmeza de la que sea capaz. Soy consciente de que el menor temblor de mi mano se multiplica por diez en el extremo opuesto del fórceps que sostiene la larga aguja, introducido en el cuello del útero de la paciente. Respiraciones profundas, pestaños para apartarme el sudor de los ojos, un punto, dos, tres, cuatro, hecho. Lo conseguí.

Creo que es la primera vez que me cambio la ropa quirúrgica porque mi propio sudor era el fluido corporal que la empapaba. Se me ocurre que, seguramente, la ropa desechable es de ese tono azul oscuro para que los pacientes no vean nuestras marcas de sudor, porque un semblante sosegado y profesional da el pego... hasta que el rápido oscurecimiento de las axilas te traiciona.

Más tarde caigo en la cuenta de que sí existe una manera de practicar las habilidades motoras de precisión que se requieren. Le envió un mensaje de texto a mi madre preguntándole si por casualidad guarda aún por alguna parte aquel juego que teníamos, «Operación».

Me responde diciéndome que lo ha encontrado. Dice que también ha aparecido una bola de cristal, por si la necesito para mis diagnósticos.

Sábado, 24 de abril de 2010

Dilema moral. La paciente AB está de parto y presenta una cardiotocografía no reactiva. Está con su tercera comadrona de la noche, tras haber pronunciado insultos racistas a las dos primeras (negras) que estaban cuidando de ella. Está avisada de que un insulto más y la expulsaremos de la maternidad. La residente que me ayuda ha revisado la CTG y me comunica que hay que practicarle una cesárea. Puesto que no estoy muy seguro de que sea legal hacer efectiva la amenaza de echarla del hospital de una patada en el culo, la residente, que es india, y yo decidimos pasar por alto el hecho de que la paciente también ha hecho comentarios racistas sobre ella.

Al examinar a la paciente, coincido con la residente: hay que hacerle una cesárea. De camino al quirófano, decido mantener la boca

cerrada y no decirle que soy judío. La operación transcurre sin incidentes y el pequeñajo nace sanísimo (aunque, seguramente, en cuanto se lo lleven lo vestirán con una toga del Ku Klux Klan talla recién nacido y le darán un sonajero con forma de cruz en llamas).

Pero, si la paciente tuviera un tatuaje de un delfín justo en su ingle derecha, ¿sería un drama que mi incisión fuera un poco más larga de lo normal y no me quedara más remedio que decapitarlo? Si me lo preguntaran en una investigación oficial (o si viniera a por mí alguno de sus coleguitas neonazis), siempre podría decirles que me preocupaba que el bebé fuera más grande de lo normal y que necesitaba un poco más de espacio para maniobrar. Y, al suturar, ¿qué pasaría si la herida no quedara perfectamente cerrada por algún extraño motivo, casi con toda seguridad indemostrable, y la cabeza del delfín quedara desplazada unos dos centímetros y medio a la izquierda de su cuerpo?¹²³

Sábado, 1 de mayo de 2010

Estoy analizando un caso con mi colega Padma en la sala del café después de acabar las visitas en el consultorio de atención prenatal cuando una comadrona se mete en la conversación con un: «Ahora preferimos no usar esa palabra». Mientras nos preguntamos qué término pasado de moda habremos utilizado (¿consunción?, ¿escrófula?), nos hace saber que hemos dicho «paciente». En realidad, ahora deberíamos decir «cliente», pues llamarlas «pacientes» no solo es paternalista y degradante, sino que convierte el embarazo en un proceso patológico, cuando se trata de algo normal y natural. Me limito a sonreír y recuerdo las sabias palabras que me enseñó el doctor Flitwick, uno de los primerísimos especialistas con quien trabajé, al respecto de discutir con las comadronas: «No negocies con terroristas».

Queda claro que Padma no tiene tantos escrúpulos. «No sabía que “paciente” fuera un término degradante —dice—. Lo lamento sinceramente, no lo volveré a usar. Así que “cliente”. Sí, “cliente” es un término mucho más acertado, es el que usan las prostitutas.»

Domingo, 9 de mayo de 2010

Estoy haciendo de viente en la planta de maternidad cuando suena el timbre de emergencia y, al cabo de escasos minutos, he traído al mundo a un bebé mediante una cesárea rapidísima. En el mismísimo momento en el que ha sonado la alarma, me he levantado del retrete, pero debo de haberme limpiado por encima, en el mejor de los casos, porque, mientras me ponen la ropa desechable para entrar a quirófano, noto que me pica horrores el culo. Es aceptable pedirle a alguien que no va vestido con ropa quirúrgica (una comadrona o alguien del personal de operaciones) que te coloque la mascarilla sobre la boca o que te ajuste las gafas si se te están resbalando, o incluso que te rasque la nariz. Pero seguramente sería ir demasiado lejos pedirles que te rasquen el culo, ¿no?

Lunes, 24 de mayo de 2010

Nunca ofrezco mi opinión acerca de los partos en casa, pero si, como ha sucedido hoy, una paciente me pregunta directamente qué opino de ellos, qué haría yo si se tratara de mí, entonces respondo con sinceridad. Normalmente suelto un discurso de cinco minutos en los siguientes términos: aseguro a la paciente que no dudo en ningún caso de que, si el parto en casa va según lo previsto, debe de ser cien veces más tranquilo, relajante y agradable que dar a luz en el hospital. (Aunque no estoy seguro de que yo pudiera relajarme sabiendo que en cualquier momento una emulsión de sangre y líquido amniótico puede encharcar el sofá. ¿Cómo quitas una mancha así?)

Le digo que respeto la decisión de la paciente y que es muy importante que se sienta dueña de su bienestar. Añado que me preocupa el actual auge del parto «natural» y que la desmedicalización del embarazo no es algo necesariamente bueno, pues deberíamos sentirnos orgullosos de unos avances médicos que salvan vidas objetivamente, en lugar de contemplarlos como una amenaza.

Le digo que he sido testigo de varios partos de este tipo en los que se ha estado a punto de perder al bebé, incluido uno en el que el bebé se salvó por cuestión de segundos tras llegar al hospital desde un parto

en casa que no salió bien. También describo partos en el hospital de madres con bajo riesgo¹²⁴ a los que he asistido en los que eventos raros e impredecibles implicaron que el bebé seguramente habría muerto de haber nacido fuera de un entorno hospitalario.

Defiendo las unidades de comadronas, en las que las mujeres pueden tener alumbramientos maravillosos y mágicos en entornos más controlados. Cristales, pufs, canciones de Radiohead cantadas al revés en sueco: lo que más te apetezca, siempre que estés a pocos cientos de metros de una sala de partos y de su equipo de especialistas listo para hacer frente a cualquier complicación.

Reconozco que, por lo que respecta a los partos en casa, yo solo veo los desastres y nunca los éxitos, cosa que muchos consideran que juega en mi contra. Supongo que también les plantean la misma objeción a los equipos de emergencia que recomiendan usar los cinturones de seguridad porque solo ven a los conductores que sacan pulverizados de los choques en cadena y no a la mayoría de las personas que realizan trayectos seguros por carretera. Me llevo la mano al corazón y le digo a la paciente que, de tratarse de alguien allegado, le imploraría que se lo pensara dos veces antes de dar a luz en casa.

Por desgracia, hoy vamos con un retraso espantoso en el consultorio y tengo una cita para cenar, así que no tengo tiempo para dar tantas explicaciones. En lugar de todo esto, le suelto la versión resumida: «¿Por qué no reservamos lo de “en casa” para La Tienda en Casa?».

Miércoles, 2 de junio de 2010

Imparto una clase a estudiantes de Medicina por la mañana: damos un repaso a sus habilidades para interpretar radiografías. Tomo un par de ellas del carrito y las coloco sobre una caja de luz. Las imágenes corresponden a una radiografía de pecho normal de una paciente realizada antes de una intervención quirúrgica. El primer estudiante da un paso al frente.

«Radiografía de tórax tomada ayer a una mujer de sesenta y cuatro años llamada NW y nacida el 01/03/46. Inspiración adecuada.

Radiografía bien penetrada y no rotada.» Es bueno.

«La tráquea es central, el mediastino no está desplazado y los contornos cardíacos son normales. La anormalidad evidente es la masa curvilínea en el lóbulo superior del pulmón derecho, que ocupa...»

Un momento. ¿Anormalidad? ¿De dónde diablos ha sacado eso? La madre que me parió. He revisado la radiografía antes y no he visto el tumor: he enviado a la paciente a cirugía y a una muerte segura. Aparto al estudiante para observar mejor el cáncer. Luego recoloco la radiografía ligeramente y la masa se mueve. Había una pegatina de «Dona sangre» en la pantalla fluorescente.¹²⁵

Sábado, 5 de junio de 2010

Como empieza a ser habitual, me despierto de repente y no sé ni dónde estoy ni qué se supone que tengo que hacer. Me ha sobresaltado un ruido fuerte de golpes: estoy sentado en el coche, dormido bajo unas farolas, y un viejecito está aporreando la ventanilla con el mango de su paraguas para preguntarme si estoy bien. Es la segunda vez que me interrumpen de manera inesperada mientras doy una cabezada durante este turno de noche, la primera ha sido cuando una enfermera me ha dado unas palmaditas en el hombro mientras dormía en un taburete del quirófano para decirme que ya traían a la paciente para la marsupialización.¹²⁶

No se cansan de recordarnos que no usemos las camas vacías de los acompañantes de los pacientes para dormir a ratos durante la noche: la dirección sostiene que nos pagan para trabajar turnos completos. Me gustaría preguntarle a la dirección si han oído hablar de esa gran bola de fuego que hay en el cielo y que hace que dormir resulte un poco más difícil de día que de noche. O con qué facilidad consideran que puede pasarse de repente de trabajar de día y dormir de noche a hacer exactamente lo contrario en un plazo de veinticuatro horas. Pero, sobre todo, lo que más me gustaría preguntarles es: si ellos o sus esposas necesitaran que les practicaran una cesárea de urgencia a las siete de la mañana, ¿preferirían que el adjunto encargado de realizarla hubiera aprovechado para dormir durante

cuarenta minutos cuando había calma o que se hubiera mantenido despierto a la fuerza hasta el último segundo de su turno?

Estar tan cansado es una sensación surrealista, casi como estar en un videojuego. Estás ahí, pero sin estar. Supongo que mis tiempos de reacción en estos momentos son los mismos que cuando me he tomado tres cervezas y, sin embargo, si me presentara en el trabajo borracho, no causaría muy buena impresión, porque está claro que lo importante es que lo único que nuble mis sentidos sea el agotamiento.

He salido de trabajar a las nueve y media de la mañana. Me ha llevado una hora redactar el informe de la última cesárea que he realizado porque me costaba encontrar las palabras adecuadas, como si intentara enlazar frases en un idioma extranjero para superar un examen. ¿Los tribunales tienen esto en cuenta si te quedas dormido al volante y atropellas a toda una familia volviendo a casa?

Viernes, 11 de junio de 2010

Le digo a una mujer en el consultorio de atención prenatal que tiene que dejar de fumar. Me dedica una mirada que me hace preguntarme si no le habré dicho por casualidad: «Quiero follarme a su gato» o «Van a cerrar el súper». Se niega a valorar la propuesta de asistir a una clase para dejar de fumar. Le explico lo malo que es el tabaco para el feto, pero no parece importarle demasiado: me responde que todas sus amigas fumaron durante el embarazo y que sus hijos están bien.

Estoy cansado y lo único que quiero es irme a casa: son las seis, tendría que haber acabado las consultas hace una hora y ella dista mucho de ser la última paciente de mi lista. Le espeto: «Si no deja de fumar estando embarazada, entonces nada en el mundo hará que deje de hacerlo y morirá a causa de una enfermedad provocada por el tabaco». Mientras pronuncio esas palabras oigo cómo me las repite lentamente un abogado y me disculpo de inmediato. Pero, extrañamente, parecen funcionar: la paciente me mira como si fuera la primera vez en su vida que escucha de verdad a alguien, como si estuviera a punto de ponerse de pie en la silla y exclamar: «¡Oh, capitán, mi capitán!». No lo hace, por suerte, porque no estoy seguro de que la silla aguantara su peso, pero sí se interesa por las clases para

dejar de fumar. Va bien saber que las amenazas de muerte funcionan con mis pacientes.

Cuando se dirige hacia la puerta, me dice en broma: «¡Quizá pruebe con la heroína!». Me río, y me callo que eso sería menos nocivo para el hijo que está gestando.

Lunes, 14 de junio de 2010

El profesor Carrow es el especialista de guardia en la planta de maternidad hoy, lo cual resulta tan útil como tener una figura de cartón de Cher. De hecho, tal vez Cher nos subiría más la moral.

Durante el día, al profesor Carrow no se le ve el pelo y por la noche no se le puede llamar, porque es demasiado importante para estas tonterías. Cuando aparece en planta esta tarde doy por hecho que se ha perdido o que un familiar directo suyo está dando a luz.

Todo encaja cuando el equipo de rodaje de un documental aparece tras él, con las cámaras encendidas.¹²⁷ «¿Cómo tenemos el tablero de la planta de maternidad esta tarde? —me pregunta Carrow, y se lo explico. Asiente mirando a las cámaras—. Parece que lo tienes todo bajo control, Adam. Pero, si surge algún problema durante la noche, no dudes en llamarme.» Los del documental ya tienen lo que habían venido a buscar y dejan de grabar. El profesor no deja pasar ni un instante antes de añadir: «Ni se te ocurra».

Martes, 15 de junio de 2010

Llevo mucho tiempo con la paciente VF, porque he estado tomando muestras de sangre fetal¹²⁸ a su bebé cada hora. Ella y su marido llevan cuatro horas discutiendo acaloradamente. La discusión ha empezado por algo relacionado con los padres de él, luego hemos sabido lo que pasó en la boda de un amigo, en la que ella estuvo flirteando con Chris «otra vez», y ahora la discusión gira en torno al dinero. Si me hubieran invitado a una cena en su casa, habría escondido un trozo de pastel en una servilleta, me habría excusado y me habría largado a casa hace horas, pero no me queda más remedio

que asistir involuntariamente a su conversación. Es una demostración reveladora de lo rota que está su relación; tengo la sensación de ser un terapeuta de pareja a quien han silenciado.

Francamente, el comportamiento de ambos es igual de despreciable, pero, dado que ella está de parto, un proceso que todo el mundo sabe que no tiene nada de divertido, le atribuyo a él el cien por cien de los puntos de capullo integral.

En un momento dado, el marido sale a llamar por teléfono y la comadrona tiene la sensatez de preguntarle a VF si alguna vez le ha pegado. VF le asegura que no. El marido regresa y la discusión continúa y aumenta de volumen. Él está rojo de ira y le grita; todos le pedimos que se calme o que tenga la amabilidad de salir de la habitación. «¡De todas formas, yo nunca he querido tener este bebé!», exclama, y sale de estampida del hospital, adonde ya no regresa. Joder.

Viernes, 18 de junio de 2010

La paciente RB se ha presentado en urgencias en ambulancia acompañada de dos agentes de policía. Y, también hay que decirlo, con dos centímetros y medio de barra de metal saliendo de ella. Estaba huyendo de la policía por algún motivo y no se le ha ocurrido otra cosa que saltar una verja metálica. Por desgracia, el plan no ha salido como estaba previsto y, al saltar, ha resbalado y se ha clavado una de las puntas de metal, que ha penetrado por la vagina y le ha atravesado el abdomen.

Eso sí, antes de huir, había tenido la previsión de ponerse hasta las trancas de cocaína, lo que le ha servido de anestesia hasta que los bomberos han llegado a la escena y serrado la verja justo por debajo del nivel de su vagina (seguramente exclamando «¡joder, joder!» bastantes veces). Al llegar al hospital, la paciente estaba hemodinámicamente estable y asombrosamente bien, teniendo en cuenta las circunstancias, de manera que le hemos realizado una tomografía computerizada urgente para establecer con precisión qué cortes de carne habían quedado ensartados en este kebab tan especial. De milagro, la vejiga y los vasos sanguíneos principales no han

resultado dañados, así que ha bastado con meterla en quirófano y suturar las heridas de entrada y salida.

La hemos examinado después de la cirugía: estaba sobria, dolorida, avergonzada y acompañada de un policía, que le hacía de carabina, porque estaba detenida. Le hemos explicado que la operación parecía haber ido bien y le hemos dado un plan de tratamiento posoperatorio. Nos ha preguntado si se podía quedar la estaca de hierro de recuerdo y le he contestado que no veía por qué no. Pero al policía se le ha ocurrido un buen motivo para no hacerlo: no es muy buena idea darle a una delincuente detenida un arma capaz de perforar un abdomen.

Martes, 22 de junio de 2010

¿Qué haces cuando estás en mitad de una emergencia y surge otra? Estoy en la sala de partos cuando suena la alarma. La madre está empujando y la cardiotocografía tiene una pinta espantosa: hay que sacar al bebé enseguida con fórceps. Hago lo necesario y el bebé sale rápido, pero parece de trapo. La pediatra obra su magia y el bebé vuelve a la vida. Extraemos la placenta y la paciente presenta un sangrado moderado por la combinación de una episiotomía¹²⁹ generosa y un útero ligeramente cenagoso. Empiezo por la segunda parte cuando suena otra alarma de emergencia. Por un lado, debería quedarme, porque esta situación podría derivar fácilmente en una hemorragia posparto, y, además, la paciente está perdiendo sangre mientras no la suture ni le digo a la comadrona qué le tiene que inyectar. Por otro lado, esa otra emergencia desconocida podría ser mucho más grave, y es muy poco probable que mi paciente actual sufra un daño permanente si la dejo en manos de una comadrona experta.

Es de día, pero quién sabe si todos mis colegas no estarán ocupándose de algún paciente, cada uno de ellos asumiendo que otra persona responderá a la llamada de emergencias, que continúa sonando. ¿Y qué pasa si es una de esas urgencias que necesita todas las manos posibles? Sopeso la opción de enviar a la comadrona a recabar información, pero cada minuto podría ser crítico para la otra paciente. Le entrego a la comadrona una torunda grande y le digo que presione

con fuerza en la herida del perineo hasta que regrese; además, le doy instrucciones acerca del siguiente par de medicamentos que hay que administrar a la paciente si es preciso. Salgo volando de la sala. La luz parpadea sobre la puerta de la sala tres y entro a toda prisa, con la esperanza de haber tomado la decisión correcta. Naturalmente, no ha sido así.

Hay una comadrona con un desfibrilador en la mano, una maniquí en la camilla y un puñado de médicos y enfermeras explicando en voz alta cómo procederían en caso de hallarse ante una emergencia real, cosa que esto no es, a diferencia de lo que acabo de dejar atrás. «De acuerdo, el médico adjunto ya está aquí —le dice la comadrona al residente—. ¿Qué le pedirías que hiciera?» Lo que hago es acercarme a la maniquí, tirarla de la cama y llamar cretina a la comadrona, a quien acuso de poner en peligro a propósito la seguridad de una paciente. Luego regreso como un rayo a la primera sala, donde, por suerte, todo está tranquilo y dejo a mi paciente no imaginaria como nueva. (Bueno, por decir algo...)

Es evidente que antes no he expresado mis sentimientos de manera adecuada, porque la supervisora de comadronas me lleva a un aparte y me pide que me disculpe ante la comadrona en cuestión por interrumpir su simulacro y ofenderla. Mi disculpa adopta la forma de un formulario de incidencias clínicas en el que menciono que a causa de ese peligroso simulacro casi perdemos a una paciente. Estoy seguro de que antes de trabajar en esto yo era una persona agradable.

Miércoles, 23 de junio de 2010

Nos recuerdan por correo electrónico lo importantes que son los simulacros para el personal clínico. Sin embargo, a partir de ahora, antes de iniciar uno, se comprobarán todas las salas para verificar que el personal no esté atendiendo una urgencia.

Lunes, 5 de julio de 2010

Hoy he vivido un momento extraño de seguimiento médico. Visité a esta paciente hace aproximadamente un mes, en el consultorio

ginecológico general de la señora Burbage, y tenía pinta de padecer un fallo ovárico prematuro. La menopausia precoz se aleja bastante de mis conocimientos, cosa que confesé a la paciente antes de salir de la consulta para acudir a hablar con la señora Burbage y trazar un plan de acción. La doctora Burbage también consideraba que el tema quedaba al margen de sus conocimientos y que lo mejor era derivar a la paciente al consultorio de endocrinología especializada del señor Bryce en el próximo hueco disponible. La paciente no se mostró especialmente molesta por el hecho de que le hubiéramos hecho perder la mañana, ya que la próxima vez visitaría a un experto.

Pero resulta que hoy yo soy el adjunto júnior del consultorio de endocrinología del doctor Bryce, y él está de vacaciones. La última vez que vi a la paciente le dije que no tenía ni la más remota idea de cómo tratar su enfermedad, y ahora está sentada delante de mí, tras haber perdido otra tarde en acudir a consulta, a la espera de respuestas y necesitada de ayuda. ¿Le digo que la última vez tuve un ataque de falsa modestia? ¿Quizá que desde entonces he realizado un curso? ¿Finjo tener acento extranjero? ¿Me pongo un bigote falso?

Le doy una cita para el consultorio dentro de quince días, cuando sé que yo estaré de noche, para evitar la posibilidad de un triplete.

Martes, 27 de julio de 2010

Hoy, Ron ha intentado cortar conmigo como amigo: hemos tenido una pelea de verdad, una discusión deprimente entre adultos. No sabe por qué se preocupa en intentar mantener el contacto conmigo cuando sabe que nuestras vidas han tomado rumbos completamente distintos desde el colegio.

Al menos podría buscar excusas más originales. ¿De verdad espero que se crea que no pude ir a su fiesta de compromiso ni a su despedida de soltero por culpa del trabajo? ¿Que no pude ir a la ceremonia de su boda, y casi me pierdo también el banquete, por el trabajo? ¿O que falté al funeral de su padre y al bautizo de su hija por el trabajo? Ya sabe que mi trabajo es muy intensivo, pero ¿tan difícil es cambiar turnos cuando hay algo que realmente quieres hacer?

Me llevo la mano al corazón y le juro a Ron que lo quiero, que es uno de mis mejores amigos y que no le mentiría. Sé que he sido un amigo pésimo, pero le juro que lo he visto más a él que a casi ninguna otra persona que conozca: lo que pasa es que la cantidad de horas que me roba mi trabajo es inimaginable. Ninguna persona que no se dedique a la profesión médica sabe hasta qué punto es duro ejercer la medicina y la repercusión que esta tiene en la vida privada. Aunque confieso que sí le mentí el día del bautizo, porque los bautizos me parecen una soberana chorrada.

Lunes, 2 de agosto de 2010

Es mi último turno en este destino, un turno de noche, naturalmente. Mi nuevo empleo empieza una hora después de que acabe este y está a unos dieciséis kilómetros de distancia, pero ya me enfrentaré a ese problema cuando llegue (es decir, dos horas tarde y con cara de sueño).

Técnicamente, este empleo acababa a medianoche, algo en lo que no se me ha ocurrido pensar hasta las 00.10 h, cuando mi tarjeta electrónica me ha impedido volver a entrar en la planta y he caído en la cuenta de que se había desactivado automáticamente. Soy como Cenicienta, pero con ropa de quirófano.

Si pides al hospital que dote a los departamentos del personal adecuado, que proporcione un sistema informático eficaz o incluso que compre las sillas necesarias para el consultorio, la única respuesta que obtendrás será un encogimiento de hombros y un despliegue colosal de incompetencia. Ahora bien, en lo tocante a atravesar puertas, no sé cómo se las apañan, pero tienen las habilidades organizativas de un bibliotecario cibernético. Si las tarjetas electrónicas empezaran a desarrollar cáncer súbitamente, se hallaría la cura de inmediato.

Entrar solo me lleva un cuarto de hora de aporrear la puerta y rezar por que el busca de emergencias no se dispare antes de que alguien me vea y me permita volver a la planta. **130**

ADJUNTO SÉNIOR

La medicina es como esos anfitriones que logran retenerte en su fiesta horas después de que hayas pensado en irte por primera vez. «No te vayas antes de que saquemos la tarta de cumpleaños», «Tienes que conocer a Steve antes de irte», «Creo que Julie vive cerca de ti; ella se irá enseguida, ¿por qué no os vais juntos?». Y, luego, antes de que te des cuenta, has perdido el último tren de vuelta y te tienes que quedar a dormir en el sofá.

Después de licenciarte en Medicina te quedas hasta convertirte en residente de primer año, luego, en residente de segundo, tercer y cuarto año, después en adjunto júnior y adjunto sénior y, para cuando te das cuenta, ya eres prácticamente un especialista. Me atrevería a decir que no existe necesidad alguna de que haya tantas categorías; lo que pasa es que el sistema está diseñado para que el siguiente paso siempre esté a la vuelta de la esquina. Es como perseguir un billete por la calle y que se lo lleve una ráfaga de viento cada vez que lo rozas con la mano. Y funciona. Un día me di cuenta, como si me hubiera despertado de repente tras un grave accidente, de que había entrado en la treintena y seguía desempeñando una profesión a la que me había apuntado hacía catorce años por los motivos más peregrinos que puedan existir.

Mi tarjeta de identificación y mi salario decían con orgullo que me había convertido en «médico adjunto sénior» (aunque, siendo sinceros, de mi salario también podría haberse deducido que era «encargado de supermercado» o «lechero con experiencia») y mis siguientes destinos me llevarían a salvar el puente que separa al

adjunto del especialista. De hecho, la vida del especialista es bastante atractiva. El sueldo aumenta y el horario laboral se reduce. Sesiones de administración y días libres. Nadie me obligaría a trabajar en los consultorios de ginecología geriátrica. Mi nombre aparecería en letras mayúsculas en la parte superior del testamento de mis padres (probablemente seguido de un «es ginecólogo especialista, ¿sabe?»). Y, lo mejor de todo, estabilidad: un empleo en el que podría perpetuarme hasta que yo quisiera, en el que no tendría que hacer la maleta en cuanto hubiese memorizado el código de acceso de la puerta de los vestuarios.

Pero antes tenía que sobrevivir a mis siguientes destinos como médico adjunto sénior: la tempestad antes de la calma. Es cierto que mis años como médico adjunto júnior habían sido frenéticos e implacables, pero el estrés de ahora era distinto: ahora yo era la persona de mayor rango en el departamento fuera de horas. Y sabía que, cuando me sonaba el busca, era por un problema que ni el residente ni el adjunto júnior habían logrado resolver. Y sabía también que, si yo no era capaz de solucionarlo, una madre o un bebé podían morir. Tener a un especialista en casa «de guardia» es una mera formalidad: la mayoría de las emergencias acaban en cuestión de minutos, antes de que al especialista le dé siquiera tiempo a quitarse el pijama. Ahora me tocaba aceptar la responsabilidad última de los fallos y los fracasos de un residente y un adjunto sénior a quienes ni siquiera conocía. Y aunque podía pasarme una o dos horas en un turno de noche sin que me sonara el busca, prefería merodear nerviosamente por la planta de maternidad saltando de sala en sala preguntando si todo iba bien y sufriendo algún que otro *flashback* a cuando aquel tutor me había dicho, cuando yo no era más que un estudiante, que la especialidad de obstetricia y ginecología era fácil. Maldito mentiroso.

De ahí que no me sorprendiera cuando, al acudir a visitarme con un médico de cabecera, la enfermera anotó que mi presión arterial era de 182/108 mmHg.¹³¹ Se negó a aceptar mi explicación de que acababa de salir de un turno de noche con dos interinos y seguía estando tenso por las doce horas que había pasado en las salas de parto, formulándome mental y nerviosamente docenas de preguntas médicas equivalentes a «¿He cerrado el gas antes de salir?». ¿Le han

hecho a la paciente la tomografía computerizada? ¿Le he puesto la segunda capa de puntos? ¿He recetado el metotrexato?

La enfermera me dio otra cita para ver al médico la semana siguiente y seguía teniendo la tensión igual de alta. De nuevo, llegaba directo del trabajo. Le aseguré que me la había tomado en el consultorio y que la tenía completamente normal, pero ella quería asegurarse. Siendo sincero, le mentí: no me la había tomado. Me puso un monitor ambulatorio de veinticuatro horas.¹³² Puesto que no acostumbraba a tener días libres, llevé aquel chisme durante una jornada en el consultorio de atención prenatal, que era cuando resultaba más viable (porque no tendría que entrar en quirófano) y cuando, al menos en teoría, estaría sometido a menos estrés. Sentado en la consulta, tuve que explicarles a las pacientes que tenía que recetarles medicamentos antihipertensivos, al tiempo que el dispositivo que llevaba enganchado a mi brazo les revelaba a voz en grito que mi tensión arterial era significativamente más alta que la suya.

Entre todos los comentarios «hilarantes» y astutos que me hicieron las pacientes, una se descolgó con algo realmente interesante. «Es curioso. Una nunca cree que los médicos enfermen.» Es cierto, y creo que se debe a algo mucho más trascendente: los pacientes no consideran a los médicos seres humanos. Por eso no les cuesta quejarse cuando cometemos un error o si nos enfadamos. Y por eso nos arrancarían la cabeza de un mordisco cuando finalmente los hacemos pasar a la consulta horas después de su cita de las siete de la tarde, sin pensar siquiera que nosotros también tenemos casas en las que preferiríamos estar. Pero esa es la otra cara de la moneda de querer que tu médico sea alguien infalible, incapaz de equivocarse con el diagnóstico. A nadie le gusta pensar que la medicina es un tema que cualquier persona del planeta puede aprender, una carrera profesional que ese primo que respira por la boca podría haber elegido.

Tras una hora en casa, mi tensión arterial volvió a valores normales, así que, gracias al cielo, mis arterias seguían en una forma decente. Además, fue interesante poder cuantificar en milímetros de mercurio cómo de estresante era, exactamente, ser médico adjunto sénior.

Lunes, 9 de agosto de 2010

Hoy una paciente le ha puesto mi nombre a su bebé. Era una cesárea por una presentación de nalgas y, después de sacar al pequeño, he dicho: «Adam es un buen nombre». Los padres han estado de acuerdo. Recompensas del trabajo, ¿no?

Digo «Adam es un buen nombre» cada vez que traigo a un niño al mundo y esta ha sido la primera vez que alguien ha estado de acuerdo. Hasta ahora ni siquiera me habían convertido en parte de un nombre compuesto. Pero hoy este agravio ha sido corregido y el escuadrón de Adams que tanto me merezco ha visto la luz en la sala de partos dos. (No estoy seguro de qué haré con dicho escuadrón una vez exista. Tal vez combatir el crimen. O hacer que cubran mis turnos.)

El residente que me asistía en la cesárea me ha preguntado cuántos bebés he traído al mundo. He calculado que unos mil doscientos. Luego ha consultado unos datos demográficos y me ha dicho que, de media, nueve de cada mil doscientos bebés nacidos en Reino Unido se llaman Adam. Así que, en la práctica, lo que he hecho ha sido disuadir a ocho parejas a quienes he asistido de ponerle mi nombre a su hijo.

Domingo, 15 de agosto de 2010

Una adjunta júnior me solicita que acuda a una sala de partos: no consigue agarrarle la cabeza a un bebé con el fórceps. Recientemente nos han enviado algunos fórceps que no encajan, con dos pinzas izquierdas o modelos ligeramente distintos mal ensamblados después de ser esterilizados. Al examinar a la paciente, veo que la pinza izquierda está bien colocada en el lateral de la cabeza del bebé. En cambio, la derecha está introducida hasta la mitad por el recto de la paciente.

Corregido el error, el bebé nace perfectamente. (Aunque, visto lo visto, no veo a la adjunta trayendo al mundo ni un huevo Kinder.)

—¿Tenemos que decírselo a la madre? —me pregunta con complicidad, poniendo a prueba mi ética como si yo fuera un constructor y ella intentara conseguir una comisión.

—Por supuesto que no —respondo—. Tienes que decírselo tú.

Lunes, 23 de agosto de 2010

Solo llevo tres semanas en este trabajo y ya estoy a punto de agilizar los criterios para acceder a un tratamiento de fertilidad. Hoy he visitado a una pareja que se ha sometido a una ronda de fecundación *in vitro* fallida, como era de esperar. La probabilidad de éxito en su caso concreto era de aproximadamente un veinte por ciento con un solo ciclo. En la clínica donde trabajaba hace un mes, que está a un paseo de distancia, les habrían autorizado a realizar tres ciclos, lo cual habría aumentado su probabilidad a casi un cincuenta por ciento. Me preguntan cuánto les costaría un tratamiento en un hospital privado y les respondo: unas cuatro mil libras por ciclo. La expresión de sus caras me revela que habría dado igual que les hubiera dicho cuatro mil millones de libras.¹³³

La gente alega que tener hijos es opcional, lo que, evidentemente, es cierto. Pero a nadie se le ocurriría que las pacientes que sufren abortos recurrentes no pudieran recibir cuidados prenatales hasta lograr un bebé, y, por supuesto, el sistema público se ocupa de ellas. Y ¿qué pasa con las pacientes que han tenido dos embarazos ectópicos que las han dejado sin trompas de Falopio y sin posibilidades de quedarse embarazadas a menos que se sometan a una *in vitro*? De lo único que se trata es de ofrecer una opción que esas mujeres tendrían de manera natural si no padecieran un problema médico. Aunque a veces eso no es posible, porque su apellido empieza por la letra G. Estoy exagerando, por supuesto, porque eso sería ridículo. Solo se deniegan tratamientos por motivos razonables, como vivir a una calle de distancia de determinadas zonas geográficas definidas arbitrariamente.

Sugiero a la pareja de mi consultorio que se tome un descanso, sopesen sus opciones y procesen sus sentimientos. Dejo caer la posibilidad de la acogida o la adopción. «Pero no es lo mismo, ¿no?», pregunta el marido, y no, probablemente no lo es.

En el poco tiempo que llevo trabajando aquí le he dicho a una pareja de lesbianas que cumplen los requisitos para recibir

tratamiento y, en cambio, a una pareja de hombres homosexuales que solicitaban un embarazo subrogado, que no. Le he dicho a una mujer que es demasiado mayor para recibir tratamiento, según nuestros criterios, aunque no lo era cuando la derivaron a nuestra clínica hace unos meses. (Y no lo habría sido de haber vivido unas cuantas calles más allá.) Me ha tocado interpretar el papel de dios salvaje.

En esta clínica se aplica un límite por IMC para recibir tratamiento, un criterio con el que nunca me había encontrado. Le tuve que decir a una paciente que pesaba tres kilos más de los autorizados para poder someterse a una *in vitro*, y que volviera a pedir visita conmigo cuando hubiera perdido peso. Se echó a llorar, así que me equivoqué y anoté que pesaba unos cuantos kilos menos.¹³⁴ La semana pasada escribí una carta alegando circunstancias excepcionales y solicitando que se diera tratamiento a una mujer que había tenido un hijo que había fallecido durante la infancia, cosa que, en esta clínica, con toda la crueldad que ello comporta, no la autoriza a recibir tratamiento.

Al salir de la clínica paso junto a un expositor con todas las opciones de tratamiento de fertilidad que ofrece la sanidad pública en esta zona, pero que son imposibles de recibir. Deberíamos ser más sinceros y sustituirlos por uno solo que dijera: «¿Habéis pensado en adoptar un gato?».

Miércoles, 25 de agosto de 2010

Una paciente de ochenta y cinco años ingresada en oncología ginecológica para una estancia larga nos rompió el corazón ayer, durante la ronda de visitas. Echa de menos a su difunto esposo, sus hijos apenas la han visitado desde que está en el hospital y, encima, aquí no puede tomarse la copita de whisky que se ha tomado toda la vida antes de acostarse. Decidí ejercer de buen samaritano y le receté whisky (50 ml, por la noche) en su pauta de medicación. Le di veinte libras al residente de primer año y le dije que fuera a comprar una botella al supermercado y se la entregara al personal de enfermería, para que puedan darle la medicación prescrita cuando toque.

Esta mañana la enfermera de planta ha indicado que la paciente ha declinado la bebida porque, y cito textualmente, «El puto Jack Daniel's sabe a pis de gato».

Lunes, 13 de septiembre de 2010

Esta semana se ha incorporado una nueva supervisora de comadronas, Tracy, y parece un encanto: una mujer tranquila, con experiencia y sensata. Es la segunda supervisora de comadronas de la unidad que se llama Tracy; la otra es una pesadilla, siempre está enfadada y es un desastre haciendo su trabajo. Para evitar confusiones, las hemos apodado Tracy Reactiva y Tracy no Reactiva.

Viernes, 24 de septiembre de 2010

Dilema moral. Suena el cabrón del busca: urgencia en el quirófano. Es viernes y son las cinco menos cinco. Y es una urgencia que va a ser larga: un embarazo ectópico. Me piden que acuda al quirófano enseguida. La verdad es que me va fatal, porque esta noche tengo cena romántica. Pero es mucho más que eso. Es una cena romántica en un restaurante sumamente caro para disculparme por la media docena de planes nocturnos cancelados e intentar reparar las grietas cada vez más anchas que se abren en nuestra relación. Es el desembarco de Normandía de las cenas románticas. No debería haber problema si consigo salir hacia las seis de la tarde, me digo. A las seis menos cuarto empezamos a operar. El residente júnior de la tarde está atrapado en urgencias y no puede sustituirme.

La práctica más recomendable sería una laparoscopia: aproximadamente una hora de trabajo para mí, dos agujeritos diminutos para la paciente y el alta al día siguiente para volver a casa. Por otro lado, puedo practicar una incisión rápida en este abdomen prístino de veinticinco años y sentenciarla a una buena cicatriz y a un ingreso más prolongado en el hospital, pero salir con tiempo suficiente para llegar a mi cita y mantener mi relación a flote. Además, quizá a la paciente le guste la comida de hospital. Dudo un instante y solicito el equipo de laparoscopia.

Martes, 5 de octubre de 2010

Hablo por teléfono con mi amiga Sophia, que se lamenta del agotamiento y la desmoralización que invade los hospitales del país. Estamos los dos bastante hartos. Me dice que acaba de sacarse el título de piloto y que está pensando en dejar el sistema público una temporada. «¿Y trabajar para una aerolínea?», le pregunto.

En realidad, va a alquilar un avión y recorrer con él veinticuatro países africanos, visitando zonas remotas donde las enfermedades relacionadas con la maternidad alcanzan sus cifras más elevadas y enseñando a las comadronas locales técnicas que ayudan a salvar vidas. Además, donará cantidades ingentes de suministros médicos y recursos educativos que recaudará antes de partir. Ahora me siento exhausto, desmoralizado y egoísta.

Lunes, 11 de octubre de 2010

Me llega un mensaje de texto inesperado. Es de Simon. No tener noticias de él había sido la buena noticia durante los últimos dieciocho meses, así que se me encoge un poco el corazón cuando su nombre aparece en la pantalla. Solo me pide mi dirección: quiere enviarme una invitación a su boda. Me deja sin habla que haya pensado en mí y me apetece mucho intentar ir, aunque luego el trabajo no me lo permita.

Martes, 12 de octubre de 2010

La última paciente que atiendo en un turno de visitas tan ajetreado en el consultorio de atención prenatal que ha alcanzado proporciones cómicas solicita una cesárea debido a un parto vaginal traumático anterior. Se trata de una solicitud bastante frecuente, sobre todo porque no existe nada parecido a un parto vaginal no traumático. El residente que la visitó la última vez fue lo bastante sensato para solicitar el informe del parto al hospital donde tuvo a su anterior hijo. Lo reviso para comprobar si sucedió algo especialmente grave.

Tuvo un parto largo que acabó con extracción con fórceps y precisó la reparación en quirófano de un desgarró en el cuello del útero. Aquella noche, tuvo una hemorragia posparto colosal que le provocó un ataque al corazón. Lograron reanimarla, como demuestra el hecho de que esté sentada en la consulta, y regresó al quirófano para que le volvieran a suturar el desgarró. Este segundo intento, aunque parezca increíble, salió aún peor que el primero y le causó daños en el intestino delgado, que se saldaron con la extirpación de un trozo de este y la formación de estomas. La historia va acompañada de una serie de informes del Departamento de Psiquiatría en los que se documenta su recuperación gradual del trastorno de estrés postraumático causado por todos estos acontecimientos sumado al derrumbe de su matrimonio. Y ahora vuelve a la carga. Esta mujer es tan fuerte que seguramente podrías patinar sobre ella. Démosle lo que pide.

Le reservo hora para una cesárea. Cualquier cosa que hagamos será significativamente mejor que su experiencia anterior.

Jueves, 14 de octubre de 2010

La primera vez que una paciente se dedicó a escribir mensajes de texto por el móvil mientras le realizaba una exploración interna me quedé un poco estupefacto, aunque ahora me parece de lo más normal. Hoy, durante una citología, una paciente ha mantenido una conversación por videollamada con una amiga.

Domingo, 17 de octubre de 2010

Acudo a una llamada de emergencia nocturna: una distocia de hombros.¹³⁵

Está claro que el bebé es grande; presenta una papada cuádruple por lo apretado que tiene el cuello al perineo de su madre, y quien se encarga del parto es una comadrona experimentada, así que estoy seguro de que ya lo ha intentado todo. Nadie quiere fingir que la situación no es grave, pero hasta el momento la paciente se está

portando como un ángel: mantiene la calma y hace todo lo que le pedimos.

Le dreno la vejiga con un catéter, le pongo las piernas en la posición de McRoberts y aplico presión suprapúbica. Nunca me había encontrado con una distocia de los hombros como esta. No cede nada; el bebé no se mueve. Le pido a la supervisora de comadronas que compruebe si hay algún especialista en el edificio. Intento la maniobra de tornillo de Woods: nada. Intento sacar el brazo posterior: nada. Ayudo a la paciente a ponerse a cuatro patas e intento todas las maniobras de nuevo en esta posición. Le pido a la comadrona que me ponga a la especialista al teléfono. Nos aproximamos a los cinco minutos de distocia de hombros y hay que hacer algo ya si queremos que el bebé viva.

En mi opinión, tengo tres últimos recursos posibles. El primero es una maniobra de Zavanelli: meterle al bebé la cabeza de nuevo dentro y practicar una cesárea urgente. Nunca he visto a nadie hacerlo, pero estoy bastante seguro de que, para cuando traslademos a la madre al quirófano, el bebé ya habrá muerto.

La segunda opción es fracturar intencionadamente la clavícula del bebé para poderlo sacar. Tampoco he visto hacerlo nunca y no tengo ni idea de cómo se hace, pero es un procedimiento conocido por su dificultad, incluso en manos mucho más diestras que las mías.

La tercera opción es practicar una simfisiotomía: cortar el hueso púbico a la madre para ampliar la salida. De nuevo, tampoco he visto nunca cómo se hace, pero estoy seguro de que puedo hacerlo fácilmente y será la manera más rápida de sacar al bebé. Informo a la especialista por teléfono de qué es lo que voy a hacer; ella verifica lo que he intentado hasta el momento y confirma mis conocimientos. Viene en coche desde casa, pero ambos sabemos que, cuando llegue, todo habrá acabado, para bien o para mal.

Nunca me había sentido tan angustiado en una situación clínica: estoy a punto de romperle la pelvis a una paciente y es posible que ya sea demasiado tarde para su bebé. Antes de meterle el bisturí, intento por última vez sacarle el brazo posterior al niño. Todas las maniobras y los cambios de posición previos lo han hecho moverse un poco y el brazo sale, seguido por un bebé muy laxo, que la comadrona pasa a los pediatras. Mientras esperamos a un llanto que puede producirse o no,

recuerdo lo que decía un libro de texto, que describía un parto con éxito con una distocia de hombros como «una demostración de fuerza muscular o un malabarismo infernal», y entiendo perfectamente a qué se refería el autor. El bebé llora. Aleluya. A la comadrona se le saltan las lágrimas. Tendremos que esperar a comprobar si hay parálisis de Erb,¹³⁶ pero la pediatra me susurra al oído que ambos brazos parecen comportarse con normalidad.

Veo que le he causado un desgarro de tercer grado a la madre, lo cual no es ideal, pero es un daño colateral bastante asumible teniendo en cuenta la situación. Le pido a la comadrona que la prepare para entrar en quirófano; eso me dará veinte minutos para redactar el informe del parto y tomarme una taza de café. Entra en la sala el residente: ¿puedo acudir a hacer una extracción con ventosa en otra sala?

Miércoles, 20 de octubre de 2010

Tal vez sea porque su idioma materno es el griego o quizá haya olvidado nuestra conversación previa el día que me ofrecí a ayudarlo con su técnica de realizar radiografías. Quizá debería haberlo verbalizado como «determinar el sexo del feto». Pero, a juzgar por la mirada de confusión y repugnancia del médico interno residente y por su apresurado repliegue por el pasillo, me queda claro que lo que no debería haber pronunciado es un alegre: «¿Te apetece verme descubriendo el sexo de un bebé?».

Jueves, 21 de octubre de 2010

Cojo el historial de la siguiente paciente que voy a atender en el consultorio ginecológico. Reconozco su nombre; al revisar el informe, veo una carta que le escribí a su médico de cabecera en marzo. Detecto un error espantoso en mi despedida, olvidé poner un «no».

Si tiene alguna pregunta, por favor, dude en ponerse en contacto conmigo.

Eso sí, funcionó. Ni rastro de él.

Miércoles, 27 de octubre de 2010

He acudido a realizarme un análisis de VIH tras lesionarme hace tres meses con una aguja de una paciente positiva mientras trabajaba. Su carga viral era indetectable, pero sigue siendo una situación incómoda y es algo en lo que no he dejado de pensar desde entonces, como cuando recibes un aviso de una carta de Hacienda.

Charlo un poco con el adjunto júnior mientras me saca sangre. Le pregunto qué le sucede a un obstetra que da positivo en VIH. «No podrías hacer intervenciones, de manera que nada de partos, quirófanos ni guardias... Supongo que solo podrías visitar en el consultorio.» No lo digo en voz alta, pero eso contribuiría a suavizar un poco la mala noticia en caso de dar positivo.¹³⁷

Domingo, 31 de octubre de 2010

En la fiesta de Halloween de un amigo, veo a alguien que me suena de algo. Del colegio, me parece.

Me acerco a saludarlo. Rostro inexpresivo. Del colegio, no. ¿De la universidad? No.

¿Dónde te criaste? ¿Hemos trabajado juntos? Aunque resulte humillante para mí, y quizá por su propia salud mental, me frena y me dice que probablemente lo haya visto en televisión. Es presentador y se llama Danny. Y, aunque resulte humillante para él, le digo que su nombre me suena, pero que estoy seguro de que no nos conocemos de eso. Se nos acerca su esposa y caigo en la cuenta: fui el médico que trajo a su hijo al mundo por cesárea hace aproximadamente un año.

Abrazos, apretones de manos y qué coincidencia. Danny bromea diciendo que se alegra de que fuera una cesárea, porque no sabe cómo se sentiría hablando con un hombre que haya visto la vagina de su esposa. Podría decirle que, en realidad, la vi cuando le puse la sonda antes de intervenirla y, además, si quiere saber algo que hará que le explote el cerebro, también la vi por dentro durante la operación. Pero no se lo digo, por si acaso no lo ha dicho en broma y la cosa se pone rara.

Lunes, 8 de noviembre de 2010

La guinda de un turno nocturno dantesco que ha batido todos los récords (con un adjunto júnior interino cuyo valor ha sido prácticamente decorativo) ha sido una cesárea de urgencia a las 7.45 h, quince minutos antes de atravesar la supuesta línea de meta. Una cesárea, otra cesárea, ventosa, fórceps, otra cesárea y al final he perdido la cuenta, pero hay un montón de bebés más en el mundo, y ahora me toca hacer una última cesárea. Estoy absolutamente agotado y habría preferido arrastrarme por el pasillo para pasársela al turno de la mañana, si la cardiocografía no hubiera sido preterminal. **138**

Llevo doce horas sin sentarme, por no hablar ya de descansar la vista, de la cena que sigue intacta en mi taquilla y de que acabo de llamar a la comadrona «mamá» por error. Vamos corriendo al quirófano y sacamos al bebé muy rápido: sale flácido, pero los pediatras obran su magia negra y al poco está emitiendo los ruiditos correctos. Los gases del cordón confirman que hemos tomado la decisión correcta, y suturo a la paciente con un leve subidón.

Cuando salgo del quirófano, el pediatra me agarra del brazo para comentarme algo. Me dice que le he hecho un corte en la mejilla al bebé con el bisturí al practicar la incisión uterina, nada grave, solo para que lo sepa. Voy directamente a ver al bebé y a los padres. No es un corte profundo ni largo, no ha requerido sutura cutánea y no dejará cicatriz, pero ha sido culpa mía y de nadie más. Me disculpo ante los padres, a quien parece no importarles. Están enamorados de su maravillosa (y ligeramente mutilada) hijita y me dicen que entienden que hemos tenido que sacarla con cierta urgencia, que estas cosas pasan. Me gustaría decirles que estas cosas no deberían pasar, que a mí no me había pasado nunca y que casi con total certeza no habría ocurrido al principio de mi turno.

Les ofrezco un folleto con los datos del Servicio de Quejas y Enlace con los Pacientes, pero no lo quieren. He estado a punto de perder la licencia y la pobre bebé casi pierde algo también. Un par de centímetros más arriba y le habría sacado un ojo, un par de centímetros más profundo y le habría provocado una cicatriz y pérdida de sangre. Ha habido bebés que incluso han muerto por laceraciones

durante la cesárea. Documento nuestra conversación en el informe, relleno un formulario de incidencia clínica y hago todo lo que me exige el sistema que ha permitido que esto ocurra. Dentro de poco tendré que sentarme ante alguien para que me sancione amable o no tan amablemente, y en ningún momento se les ocurrirá pensar que la raíz del problema que tenemos pueda ser otra, más fundamental.¹³⁹

Jueves, 11 de noviembre de 2010

Sospecho que el marido de la pareja a la que estoy visitando en la clínica de fertilidad tiene una infección en el tracto urinario, así que le entrego un bote de muestras y lo mando al aseo. El tipo ha agarrado el bote y lo ha mirado durante unos segundos antes de salir dando tumbos. Supongo que ha sido culpa mía por no especificar, pero ha regresado (asombrosamente pronto) con unos cuantos mililitros de semen en el bote. El fallo de comunicación podría haber sido peor, es cierto: podría haber defecado en él, haber derramado sangre o haberse clavado una brocheta entre los hemisferios cerebrales para llenar el bote de líquido cefalorraquídeo. Pero ahora no puedo dejar de preguntarme si el motivo por el que les cuesta concebir es porque orina dentro de su mujer cuando mantienen relaciones sexuales.

Domingo, 14 de noviembre de 2010

Es domingo, hora de comer, y la paciente RZ necesita que le practiquen una cesárea porque el parto no progresa. Ella no tiene ningún problema con la intervención, pero el marido se niega a que lo haga yo porque soy un hombre. Son musulmanes ortodoxos y, al parecer, les han asegurado que pueden exigir que todos los médicos que los atiendan sean mujeres. Le digo que no sé quién les ha dicho eso, pero que, aunque a menudo hay médicas disponibles, trabajamos por rotación, y en estos momentos todo el equipo de obstetricia y ginecología está integrado por hombres, incluido el especialista de guardia, que está en su casa.

—¿Me está diciendo de verdad que no hay ninguna doctora en este hospital?

—No, señor. Le estoy diciendo que ahora mismo no hay ninguna capaz de realizar una cesárea. Seguro que podría encontrarle a su mujer fácilmente una dermatóloga.

Es evidente que la paciente tiene muchos menos problemas que su marido con que yo la opere, pero no puede decir lo que piensa. Le damos vueltas al asunto, pero cuanto más intentamos solucionarlo, más lejos estamos de lograrlo. «¿Cuándo vendrá la próxima doctora?» Con el cambio de turno, dentro de siete horas, y esperarla es una idea pésima para su bebé. «¿No puede hacerlo la comadrona?» No, y la mujer de la limpieza tampoco.

Telefoneo al especialista en busca de apoyo moral. Me sugiere que ceda, pero sospecho que lo dice medio en broma. Al volver a la habitación, pregunto: «¿El Corán no permite que médicos hombres operen en caso de urgencia?». Y les recuerdo que es su caso. Es un farol, pero suena a algo que podría decir un texto religioso. Me piden que les conceda cinco minutos, hacen unas llamadas telefónicas y luego el marido viene a buscarme para decirme que está de acuerdo en que saque a su hijo. Lo dice dando a entender que debería estarle agradecido. Y lo estoy, pero solo porque mi principal preocupación es que el niño nazca sano, no las ideas que su Dios (o el de quien sea) tenga sobre este asunto. Además, no tengo un plan B y ni siquiera quiero empezar a pensar en la ingente cantidad de burocracia que me perseguiría para siempre en otro caso.

Entra el anestesista (un hombre, naturalmente) para preparar a la paciente para el quirófano y me pregunto si me encontraré ante una tendencia creciente. Quizá deberíamos buscar la manera de indicar en algún lugar visible: «Personal de guardia exclusivamente masculino» cuando este sea el caso.

Al cabo de poco estamos en el quirófano y he sacado a su hijita. Madre sana, bebé sano: ese es nuestro único cometido y deberían estar contentos de que todo haya salido bien en su caso, porque no siempre es así.

Después resulta que el marido se muestra sumamente agradecido e incluso se disculpa por hacerme perder el tiempo y suponerme un estrés adicional, y me dice lo agradecido que está por todo lo que he

hecho. Como suele pasar con todos los maridos primerizos, probablemente solo estuviera estresado por la situación, y supongo que el riesgo añadido de la posible maldición eterna tampoco ha contribuido.

Va a bajar a comprar algo de comer. ¿Quiero que me traiga algo? Me dan ganas de comprobar su reacción si le pido un sándwich de beicon y queso, una botella de Smirnoff y lubricante anal.

Jueves, 18 de noviembre de 2010

Tendría que haber vuelto a casa a las siete en punto, pero son las nueve y media y acabo de salir de la maternidad. Parece apropiado que el trabajo me obligue a reprogramar el momento de ir a recoger mis pertenencias. Lo bueno es que mi nuevo piso de soltero está a solo diez minutos del hospital.

Lunes, 22 de noviembre de 2010

Una paciente que espera en urgencias por un dolor abdominal leve ha ido hundiéndose en mi lista de prioridades durante toda la tarde, a medida que la sala de partos se ha ido llenando cada vez más. Estoy estabilizando a una paciente con preeclampsia grave cuando me llama al busca un interno de urgencias. Está furioso.

«Si no vienes a urgencias ahora mismo, esta paciente va a superar el límite de cuatro horas de espera.»¹⁴⁰

«Vale. Pero si voy a urgencias, la paciente a la que estoy atendiendo ahora mismo va a morir.» Zasca.

Se hace un silencio de cinco segundos largos en los que el interno intenta encontrar algo con lo que contraatacar para convencerme de bajar a urgencias y salvarlo de un buen lío. Yo paso ese tiempo maravillándome ante un sistema tan obsesionado con cumplir objetivos arbitrarios como para que el tipo esté tardando tanto en dar con una respuesta adecuada.

«Muy bien. Pues ven cuando puedas —responde—. Pero que sepas que yo no estoy muy de acuerdo.» Cuando esté fuera de peligro, le

pediré a mi paciente con preeclampsia que le escriba una nota de disculpa.

Viernes, 26 de noviembre de 2010

La última de mis pacientes preoperatorias que firma el consentimiento informado antes de entrar a quirófano es QS, una señora mayor a la que vamos a practicar una histeroscopia tras un sangrado reciente. Viene acompañada de su hijo, un hombre con pantalones rojos y aires de superioridad. Está convencido de que cuanto peor trate al personal médico, más clara quedará su importancia y mejor trato recibirá. Resulta sorprendente, pero es una creencia bastante extendida, y lo más molesto de todo es que es cierta. Las personas como él son precisamente las del tipo que pone quejas ante el Departamento de Atención y Enlace con los Pacientes si les salta la pintura de la uña de un dedo del pie.

Me muerdo la lengua cada vez más fuerte con cada una de sus preguntas. «¿Cuántas operaciones como esta ha realizado?» «¿No es un caso del que debería ocuparse el especialista?» Si el hospital fuera un restaurante y yo fuera un camarero, en estos momentos estaría mezclando un escupitajo con un poco de semen para echárselos en la sopa; pero su madre es una ancianita adorable y no tiene por qué sufrir por el hecho de que su hijo sea un capullo integral. Estamos todos listos. «Trátela como si fuera su propia madre», me dice el tipo. Le aseguro que más le vale que no sea así.

Jueves, 2 de diciembre de 2010

Paso la tarde del domingo en la sala de partos con una residente excelente. Me pide que revise la CTG de una paciente y coincido con su valoración de que hay que realizar una cesárea por sufrimiento fetal. Son una pareja encantadora de recién casados, es su primer hijo y comprenden la situación.

La residente me pregunta si puede realizar la cesárea mientras yo la asisto. En el quirófano, la doctora atraviesa las distintas capas: piel, grasa, músculos, peritoneo 1, peritoneo 2, útero. Tras la incisión

uterina, en lugar de líquido amniótico sale sangre, sangre a borbotones. Se ha producido una abrupción.¹⁴¹

Mantengo la calma y le digo a la residente que extraiga al bebé; me responde que no puede, que hay algo en medio. Asumo el mando de la operación: lo que está en medio es la placenta. La paciente tiene una placenta previa no diagnosticada. Debería haberse visto en las ecografías, nunca tendría que haberse puesto de parto. Saco la placenta y luego saco al bebé. El bebé está claramente muerto. Los pediatras intentan reanimarlo sin éxito.

La paciente sangra intensamente por el útero: un litro, dos litros. Mis suturas no surten efecto, la medicación no le hace efecto. Llamo a la especialista para que acuda inmediatamente. Se ha administrado a la paciente anestesia general y está recibiendo transfusiones de sangre urgentes; han acompañado al marido fuera del quirófano. La pérdida de sangre a estas alturas asciende a cinco litros. Pruebo a realizarle una sutura compresiva,¹⁴² pero sin suerte. Aprieto el útero tan fuerte como puedo entre las dos manos: es de la única manera que consigo que deje de sangrar.

Llega la especialista, que intenta realizar otra sutura compresiva. No funciona. Veo en sus ojos el pánico. El anestesista nos dice que no puede meter fluido en la paciente a suficiente velocidad para reemplazar lo que está perdiendo, y nos arriesgamos a que algún órgano resulte dañado. La especialista telefonea a otro colega: no está de guardia, pero es el cirujano más experimentado que conoce. Hacemos turnos apretando el útero hasta que llega, veinte minutos después. Realiza una histerectomía y la hemorragia queda por fin bajo control. Doce litros. La paciente entra en cuidados intensivos y me advierten de que espere lo peor. La especialista habla con el marido. Empiezo a redactar el informe de la operación, pero, en lugar de hacerlo, me limito a llorar durante una hora.

LA VIDA DESPUÉS

Esa fue la última entrada del diario que escribí y el motivo por el que no hay más risas en este libro.

Todos los del hospital fueron muy amables y considerados conmigo; me dijeron que no había sido culpa mía, que no podía haber hecho otra cosa, y me mandaron a casa durante el resto del turno. Y, sin embargo, me sentí como si me hubiera hecho un esguince en el tobillo. Un montón de gente preguntándome: «¿Estás bien?», con la esperanza de que regresara al trabajo al día siguiente, de que pulsara el botón de reinicio. No insinúo que fueran despiadados o desconsiderados; es algo que forma parte de la profesión. No puedes ponerte de luto cada vez que algo sale mal, ni puedes tomarte un mes de baja para superar el duelo, porque pasa con demasiada frecuencia.

Si el sistema apenas te permite cogerte bajas por enfermedad, cómo va a permitirlo por algo tan intangible como recuperarse de un día espantoso. Y, siendo sinceros, los médicos no pueden reconocer lo devastadores que son esos momentos. Si tienes que sobrevivir dedicándote a esta profesión, tienes que convencerte de que estos horrores forman parte de tu trabajo. Tienes que mantener la mascarada; tu propia salud mental depende de ello.

Había visto morir a bebés antes. Y había tratado a mujeres al borde de la muerte antes. Pero aquello era distinto. Era la primera vez que yo era la persona con más experiencia en la planta cuando había ocurrido algo terrible, la primera vez que todo el mundo confiaba en mí para resolverlo todo. Era cosa mía, y había fallado.

Oficialmente, no había cometido ninguna negligencia médica y nadie sugirió lo contrario. El Consejo Médico General siempre juzga las negligencias médicas formulando la pregunta: «¿Habrían hecho sus colegas algo distinto en la misma situación?». Todos mis colegas habrían procedido exactamente de la misma manera y con idéntico resultado. Pero a mí aquello no me consolaba. Sabía que, si hubiera sido mejor, superdiligente, superobservador o superalgo, habría entrado en esa sala una hora antes. Tal vez habría apreciado unos cambios sutiles en la CTG. Habría podido salvar la vida al bebé y habría podido salvar a la madre de un daño permanente. No podía librarme de ese «habría podido».

Y sí, volví al trabajo al día siguiente. Seguía siendo la misma persona, pero era un médico distinto; no podía permitir que volviera a suceder nada malo nunca más. Si la frecuencia cardíaca de un bebé descendía un solo latido por minuto, realizaría una cesárea. Y sería yo quien la hiciera, no residentes ni adjuntos júnior. Sabía que habría mujeres a quienes haría cesáreas innecesarias y que algunos colegas perderían la oportunidad de perfeccionar sus habilidades quirúrgicas, pero, si el resultado era que todo el mundo salía con vida, merecía la pena. En el pasado, me había burlado de algunos especialistas por ser excesivamente precavidos, había puesto los ojos en blanco en cuanto se daban la vuelta, pero ahora los entendía. Habían vivido su propio momento «habría podido», y esa era la manera de lidiar con él.

Salvo por el hecho de que yo no estaba lidiando realmente con el problema, me estaba limitando a sobrellevarlo. Transcurrieron seis meses en los que no me reí ni una sola vez; mi sonrisa no era más que una farsa. Estaba afligido. Debería haber recibido terapia; de hecho, el hospital debería habérmela proporcionado. Pero existe un código de silencio que evita que quienes más la necesitan reciban ayuda.

Por más alerta que me mantuviera, en algún momento sucedería una nueva tragedia. Tenía que pasar; no se puede evitar lo inevitable. Una especialista brillante les dice a los médicos a quienes forma que, cuando se jubilen, habrá un autobús lleno de niños muertos o con parálisis cerebral, y que en el lateral de ese autobús estará escrito su nombre. En sus turnos, se producirán «resultados adversos», como se dice en la jerga hospitalaria. Y les dice que, si no son capaces de afrontarlo, se han equivocado de profesión. Quizá, si alguien me

hubiera dicho algo así a mí antes, me lo habría pensado dos veces. El momento ideal habría sido cuando tuve que elegir qué carrera estudiar antes de hacer el examen de acceso a la universidad y meterme en este lío.

Pregunté si podía trabajar media jornada («no, a menos que estés embarazado») e investigué la opción de pasarme a medicina general. Pero para eso tendría que volver a ser residente de primer año durante un par de años, para trabajar en urgencias, pediatría y psiquiatría. No me apetecía hacer ese largo viaje hacia atrás para después volver a avanzar hacia delante y descubrir que tampoco me gustaba.

Hice una pausa en mi formación y me dediqué sin demasiadas ganas a la investigación y a cubrir turnos tranquilos como interino en unidades privadas, pero al cabo de unos pocos meses colgué el estetoscopio. Lo dejaba.

No le expliqué a nadie el motivo. Quizá debería haberlo hecho; tal vez lo habrían entendido. Mis padres reaccionaron como si les hubiese dicho que me iban a juzgar por pirómano. Al principio no era capaz de hablar del tema y luego se volvió algo de lo que, sencillamente, no hablaba. Cuando me acorralaban, me ponía la nariz roja de payaso y recurría a mis anécdotas sobre objetos dentro de anos y pacientes diciendo cosas graciosísimas. Algunos de mis amigos más íntimos leerán este libro y oirán esa historia por primera vez.

Hoy en día, lo único a lo que me dedico es a escribir palabras para otras personas: escribo y corrijo guiones de comedia para televisión. Ahora, un mal día en el trabajo consiste en que el ordenador se cuelgue o en que una serie de televisión mala obtenga una audiencia mala; cosas que, literalmente, no son para nada importantes desde una perspectiva vital. No echo de menos lo que era un mal día para un médico, pero sí añoro los días buenos. Echo de menos a mis colegas y echo de menos ayudar a otras personas. Echo de menos la sensación al conducir hacia casa sabiendo que has hecho algo que vale la pena. Y me siento culpable porque el país invirtiera tanto dinero en mi formación para luego largarme sin más.

Aún me siento muy unido a la profesión: uno nunca deja de ser médico. Sigues corriendo para ayudar al ciclista herido despatarrado en la carretera y sigues respondiendo a los mensajes de texto de amigos de amigos que te piden consejos sobre fertilidad por la cara.

Así que, en 2016, cuando el Gobierno británico comenzó a librar una guerra contra los médicos de la sanidad pública, obligándolos a trabajar más duro por menos dinero que nunca, sentí una inmensa solidaridad con ellos. Y cuando el Gobierno mintió sistemáticamente asegurando que lo único que pasaba era que los médicos eran unos avariciosos y se dedicaban a la medicina por el dinero, por cualquier cosa salvo por el mejor interés de sus pacientes, me quedé de piedra. Porque sabía que no era cierto.

Los médicos júnior perdieron esa batalla, en gran medida porque el discurso vociferante y siniestro del Gobierno ahogó el suyo, una voz tranquila, razonable y suave. Pensé que todo profesional de la salud, hasta el último médico, enfermero, comadrona, farmacéutico y fisioterapeuta, debería explicar en voz alta la realidad de su trabajo, para que la próxima vez que el ministro de Sanidad mintiera al afirmar que los médicos solo buscan el dinero, el público supiera lo ridículas que eran sus palabras. ¿Por qué motivo alguien en su sano juicio se dedicaría a esto si no es por las razones correctas? Porque yo no se lo desearía a nadie. Siento un enorme respeto por todas las personas que trabajaban en primera línea en el sistema de la sanidad pública porque yo, al final, no fui capaz de hacerlo.

Mientras escribía este libro, seis años después de dejar la medicina, me reuní con docenas de antiguos colegas. Lo que me cuentan desde la planta de maternidad revela que el sistema público está en peligro. Todos hablan de éxodo en el entorno de la medicina. Cuando lo dejé yo, mi caso era un error en Matrix, una aberración. Ahora en todas las hojas de turnos hay cicatrices dejadas por médicos que han activado su Plan B, que se han ido a trabajar a Canadá o a Australia, a empresas farmacéuticas o a la City de Londres. La mayoría de mis antiguos colegas buscaban desesperadamente una cuerda de salvamento que les permitiera saltar en paracaídas de esta profesión. Médicos brillantes y apasionados a quienes los políticos habían presionado hasta hacerles renunciar a sus motivos para quedarse. Personas que, en otras épocas, habían reprogramado sus propias bodas por este trabajo.

El otro tema recurrente, médico tras médico, es que todo el mundo recuerda lo triste, lo malo, con todo lujo de detalles. Tu cerebro pulsa la tecla de grabación en alta definición. Pueden decirte el

número del quirófano en el que sucedió, en una planta de maternidad que vieron por última vez hace una década, los zapatos que calzaba el marido de la paciente y la canción que sonaba en la radio. A los especialistas sénior les tiembla la voz cuando hablan sobre sus desastres: profesionales como la copa de un pino al borde de las lágrimas. Un amigo me habló de una cesárea *perimortem* que había realizado: una madre cayó muerta delante de él y le sacó al bebé directamente en el suelo. El niño sobrevivió. «¡Ha salvado al que no debía! ¡Ha salvado al que no debía!», era lo único que gritaba el padre.

Pero yo no soy la persona más indicada para hablar sobre cómo gestionar la pena; este libro no va de eso. Simplemente va de las experiencias de un médico, y pretende ofrecer un enfoque individual de lo que comporta en realidad este trabajo.

Pero prométame algo: la próxima vez que el Gobierno eche la caballería por encima de la sanidad pública, no se limite a tragarse lo que le digan los políticos. Piense en el peaje que se cobra este empleo en cualquier profesional de la salud, tanto en su vida privada como en el trabajo. Y recuerde que hacen una labor absolutamente imposible en la medida de sus capacidades. El tiempo que usted pasa en el hospital tal vez les duela más a ellos que a usted.

AGRADECIMIENTOS

Con amor y gratitud a Jess Cooper y Cath Summerhayes, de Curtis Brown. Jess, lamento mucho que tuvieras que leer este libro tantas veces mientras estabas en avanzado estado de gestación. A Francesca Main, mi editora, una mujer increíble para la que cualquier cosa que diga se quedaría corta.

A James, mi copiloto en todo el trayecto.

Y a los doctores Kay, Kay, Kay y Kay. A Sophie: serás mucho mejor obstetra de lo que fui yo. Dan, tomaste la decisión correcta rebelándote (y estudiando Derecho). A mis padres, Naomi y Stewart, os quiero de verdad.

A todo el mundo en Picador, sobre todo a Ami Smithson, Dusty Miller, Paul Martinovic, Tom Noble, Paul Baggaley, Kish Widyaratna, Christine Jones, Stuart Dwyer, Caitriona Row, Lucy Hine y Kate Tolley.

A Mark Watson, por hacer todo esto posible. A Jane Goldman, por enseñarme a escribir textos largos. A Dan Swimer. A Justin Myers, por sus sabias palabras. A Gerry Farrell, por el título. A Stephen McCrum, por mi primer empleo como guionista en la tele cuando salí disparado de la medicina. A Caroline Knight, mi asesora médica. («Esto quítalo; podría desalentar a la gente a tener hijos».) Y a quienquiera que sea que elabora el ron Diplomático.

A muchos de mis antiguos colegas por salir a correr conmigo y compartir recuerdos. Y sobre todo a los doctores Jones, Tanner, Gibson, Norbury, Trever, Henderson, Van Hegan, Bonsall, Harvey, Heeps, Rehman, Bayliss, Saunders-vest, Laycock, McGinn, Lillie, Mansoori, Kupelian, Steingold, O'Neill, Biswas, Lieberman, Webster, Khan, Whitlock y Moore.

Y a Anna Welander, Megan McCluskie, Karl Webster, Zoe Waterman, Nikki Williams, Tim Bittlestone, Mike Wozniak, Jackson Sargeant, Cath Gagon, James Seabright, Paul Sullivan, Annie Cullum, Michael Howard, Trish Farrell y todo el mundo de quien me he olvidado.

Sin ningún agradecimiento en absoluto a Jeremy Hunt.**143**

Notas

1 Cubrí muchas guardias de maternidad y las personas tienden a recordar cuándo nacieron sus hijos.

2 Por lo general, he utilizado nombres de personajes secundarios de *Harry Potter*... para sustituir una pesadilla legal por otra.

3 H me padece como pareja desde hace seis meses. No se preocupen, no voy a obligar a nadie a memorizar una infinidad de nombres de personajes. Esto no es *Juego de tronos*.

4 Estoy más que dispuesto a explicar la terminología médica a medida que vaya apareciendo, pero, si alguien no sabe lo que es un estetoscopio, quizá será mejor que le regale este libro a otra persona.

5 A las personas mayores, las infecciones del tracto urinario, o cualquier tipo de septicemia leve, les hace perder un poco la chaveta.

6 Con «leонера» me refiero a la zona común acondicionada con unos cuantos sofás y una mesa de billar hecha polvo.

7 Las cánulas Venflon son los tubitos de plástico que se introducen en el dorso de la mano o en la parte interior del codo para poder administrar a los pacientes líquidos y medicamentos mediante un gotero. Poner estas cánulas es una de las responsabilidades claves de los médicos internos, aunque yo salí de la facultad de Medicina sin haber intentado poner ni una. La noche previa a mi estreno como médico, uno de mis compañeros de piso del recinto del hospital robó una caja con unas ochenta cánulas, y practicamos colocándonoslas el uno al otro durante unas cuantas horas, hasta que aprendimos a hacerlo. Estuvimos cubiertos de pinchazos durante días.

8 Las varices son una complicación espantosa de la cirrosis hepática que consiste en la aparición de enormes venas varicosas en el esófago, las cuales pueden romperse en cualquier momento y provocar graves hemorragias.

9 Se trata de un tubo que se inserta por la garganta y que, una vez en posición, puede inflarse como un balón para ejercer presión sobre los vasos sanguíneos y, si todo va bien, detener la hemorragia.

10 La Directiva Europea de la Jornada Laboral se aprobó para proporcionar algún tipo de cobertura legal que impidiera a las empresas hacer trabajar a su personal hasta morir con los ojos inyectados en sangre, limitando los turnos a «solo» cuarenta y ocho horas por semana.

11 Los electrolitos son las sales de la sangre, en su gran mayoría sodio, potasio, cloruro y calcio. Si los niveles suben o bajan mucho, el cuerpo nos avisa parándonos el corazón y entrando en coma. Tan inteligente como eso.

12 La furosemida es un diurético. Si se padece una acumulación de líquido en los pulmones o en los tejidos, normalmente provocada por un mal funcionamiento del corazón o los riñones, ayuda a eliminarla a través de la orina. Si no se tiene esa concentración de fluidos, como en el caso que nos ocupa, elimina el contenido en agua de la sangre.

13 La saturación de oxígeno es el porcentaje de oxígeno en sangre y se mide mediante una pequeña pinza que te ponen en la punta del dedo. Debe estar lo más cerca posible del 100, sin duda por encima del 90 por ciento y necesariamente por encima del 80.

14 Los médicos residentes de primer año suelen pasar seis meses en medicina interna y seis más en cirugía. Sacar el palito más corto me llevó a urología.

15 Una lesión con avulsión se produce cuando la piel se desgarrar de manera traumática de los tejidos subyacentes. Son habituales en accidentes de moto, cuando el motorista arrastra las manos desnudas por el suelo. Las ratas pueden desprenderse de la piel de la cola para evitar ser capturadas. No acabo de entender por qué nos dieron esta información en las clases de Medicina.

16 Actualmente, casi cualquier operación abdominal puede realizarse mediante laparoscopia, que en griego significa «esto va a ser muy muy lento» e implica insertar unas cámaras diminutas e instrumental sujeto a unos palos largos a través de orificios minúsculos. Es una técnica complicada que cuesta mucho dominar. Un equivalente en la vida cotidiana consistiría en intentar atarse los cordones de los zapatos con unos palillos chinos... con los ojos cerrados y en el espacio.

17 La pancreatitis es sumamente dolorosa, a menudo muy grave, y suele estar provocada por el alcohol o cálculos biliares.

18 Fibrilación auricular (FA) significa que el corazón late muy rápido, de manera errática e ineficaz. No es lo deseable.

19 Los médicos estamos legalmente obligados a rellenar certificados de defunción de nuestros pacientes detallando las causas de la muerte. En el entorno hospitalario también suele requerirse que certifiquemos (o confirmemos) formalmente las muertes.

20 Cuando muere un papa, no se deja nada al azar. Según las reglas del Vaticano, claramente escritas por alguien que creía que *El exorcista* era un poco floja, el médico tiene que pronunciar en voz alta el nombre del pontífice tres veces, comprobar que el aliento del cuerpo no apague una vela y, a continuación, para acabar de asegurarse, golpearle en la cabeza con un martillo. Al menos aquella mujer no tuvo que verme hacer eso.

21 Debería existir un término que designara a las personas que no ejercen la medicina, equivalente a «lego» o «civil». «Pacientes», ¿quizá?

22 Mis ingresos por hora como residente de primer año acabaron siendo de 6,60 libras esterlinas. Es un poco más de lo que gana el personal del McDonald's, aunque sustancialmente menos de lo que gana un supervisor de turnos.

23 También conocida como «cuidado de los mayores» por parte de los políticamente correctos, o «cuidado de lo inevitable», como la llamo yo.

24 Aproximadamente una cuarta parte de los bebés nacen por cesárea en los países desarrollados. Algunas son procedimientos planificados, como en los casos de gemelos, de bebés que vienen de nalgas o las cesáreas previas; y el resto son cesáreas de urgencia que se realizan cuando la madre no dilata lo suficiente, hay sufrimiento fetal o existe algún otro problema. Si el bebé queda atascado o sufre en el último estadio de un parto vaginal, se realiza un «parto instrumentalizado» en el que se utiliza o bien un fórceps (unas pinzas de ensalada metálicas) o una ventosa (una copa de succión unida a un aspirador). Me gustaría poder decir que estas descripciones son una exageración.

25 Si queda algo en el útero después del parto, sea placenta, membranas amnióticas o una figura de Lego de Darth Vader, el útero no puede contraerse hasta recobrar su volumen de manera adecuada y se produce una hemorragia hasta que se expulsa lo que lo impide.

26 Los médicos están obsesionados con la evacuación de orina (pero no en el sentido que te haría replantearte tener una segunda cita con ellos), ya que permite saber si un paciente tiene un volumen bajo de sangre, cosa especialmente grave tras una cirugía, porque puede indicar que tiene una hemorragia en algún sitio o que tiene los riñones fastidiados, ambas cosas igual de malas.

27 Una cesárea sin complicaciones no debería llevar más de veinte o veinticinco minutos, con el viento a favor.

28 La escala de coma de Glasgow mide el nivel de consciencia. Puntúa de 1 a 4 la reacción ocular, de 1 a 5 la respuesta verbal y de 1 a 6 la respuesta motora. La puntuación máxima es 15, que corresponde a pacientes completamente normales, y la mínima es 3, que corresponde a pacientes muertos. (O 2 si estás muerto y has perdido los ojos.) Por algún motivo, como si las vidas de los médicos no fueran ya lo bastante duras, los pacientes, sobre todo en urgencias, parecen disfrutar fingiendo que están más inconscientes de lo que en realidad están. En ese caso, los libros de texto te enseñan a aplicar un estímulo doloroso para evaluar si fingen, como presionar con fuerza en una uña o frotarles el esternón con los nudillos. Mi método preferido siempre ha sido levantarles un brazo y dejarlo caer sobre su rostro. Si fingen, no dejan que el brazo se estampe sobre su cara y, milagrosamente, flota hacia un costado. El inconveniente es que, si el paciente está inconsciente de verdad, tienes que explicárselo a sus parientes.

29 En el sistema público de Reino Unido da igual si trabajaste o no la Navidad anterior, en primer lugar, porque casi con total seguridad fue en otro hospital y, en segundo lugar, porque a todo el mundo le importa un rábano. Existe una jerarquía de las personas con menos probabilidades de trabajar en Navidad: el primer puesto lo ocupa el médico que organiza la hoja de rotación, seguido por los médicos con hijos. Varios peldaños por debajo en esa jerarquía me encontraba yo, que, como no tengo hijos, me tocó trabajar los turnos de Navidad prácticamente todos los años. Pese a no sentir un especial instinto paternal (una sensación exacerbada por mi empleo en la maternidad), me planteé seriamente «fingir» que tenía hijos cuando me incorporé a mi nuevo empleo.

30 Un prolapso en el cordón umbilical se da cuando una o dos vueltas de este salen de la vagina durante el parto. A menos que esto suceda justo en el momento del alumbramiento, es necesario practicar una cesárea urgente. No pasa nada si el cordón se deja llevar por la emoción del momento y sale un poco antes de tiempo, como los fuegos artificiales que preceden a la gran fiesta, pero, si se enfría, empieza a tener espasmos, y esto implica que el bebé no recibe sangre. En ese caso, hay que volverlo a introducir en la vagina y liberar la presión, la mujer tiene que ponerse a cuatro patas, apoyada sobre las rodillas y los codos, y el doctor situarse detrás de ella hasta el momento en que la tumban boca arriba para practicarle la cesárea. El médico se enfunda un guante muy largo que le llega hasta el hombro y que tiene el asqueroso sobrenombre de «guantelete».

31 Una miomectomía consiste en extirpar fibromas uterinos, unos tumores benignos con forma de remolino que se forman en el músculo del útero, que se extraen con algo parecido a un sacacorchos.

32 El rescate celular implica aspirar toda la sangre perdida durante la intervención, en lugar de limpiarla, y luego pasarla por una máquina que filtra cualquier impureza (como el agua utilizada durante la operación, el sudor del cirujano o fragmentos de pintura que puedan haberse desconchado del techo). En caso de que sea necesario practicar una transfusión, se devuelve al paciente su propia sangre, y algunos testigos de Jehová consideran que se trata de una técnica respetuosa con sus enseñanzas, puesto que la sangre se mantiene dentro de un circuito cerrado y se cree que, en realidad, no ha llegado a abandonar el cuerpo. Ya, ya lo sé.

33 La torsión ovárica se produce cuando el ovario se enrosca sobre sí mismo, impide la entrada de sangre y, si no se opera rápidamente, se pone negro y muere. De hecho, si no se opera, la paciente entera contrae una septicemia, se pone negra y muere.

34 La UCIN es la unidad de cuidados intensivos neonatales.

35 Algo muy desagradable en el caso de los residentes es que nunca conoces el final de la historia, como si a la serie de todos los pacientes les faltara el último DVD. Ingresas a un paciente con neumonía, lo ayudas a recuperarse lo suficiente como para darle el alta y luego se va: podría vivir otros quince años, morir en el autobús de vuelta a casa o cualquier cosa entre ambos extremos y casi con total seguridad tú no te enterarías. Lo que me gustaba de la obstetricia es que los acontecimientos se desarrollan con mucha más celeridad y ves toda la película, con créditos incluidos, y, al reflexionar sobre las decisiones adoptadas en cada caso y su resultado, puedes aprender y mejorar como médico. De ahí que, cuando un bebé entraba en la UCIN, yo me asegurase de visitarlo y comprobar sus progresos.

36 La preeclampsia es un trastorno del embarazo que afecta a la mayoría de los órganos del cuerpo de la madre, provoca daños en el hígado y en los riñones, inflamación del cerebro, la entrada de líquido en los pulmones y problemas de plaquetas, además de problemas en el desarrollo y el bienestar del feto. Acaba degenerando en eclampsia, que puede ser mortal. La mayoría de los casos de preeclampsia son leves, pero a todas las pacientes embarazadas se les miden la tensión arterial y las proteínas en la orina en cada visita con el fin de detectar esta afección en una fase temprana. La única cura de la preeclampsia es expulsar la placenta (y, necesariamente, también al bebé). En la mayoría de los casos de preeclampsia, las pacientes acaban siendo monitorizadas durante todo el embarazo, tomando medicamentos para reducir la tensión arterial o teniendo un parto inducido una o dos semanas antes de salir de cuentas. No obstante, en algunas pacientes esta afección se desarrolla de manera grave y en una fase muy temprana del embarazo, lo cual obliga a tomar la dolorosa decisión de alumbrar al bebé de manera prematura para evitar las terribles consecuencias tanto para la madre como para el hijo.

37 Me envió fotos.

38 Esto no es un consejo médico.

39 O indefinidamente, si eres Michael Jackson.

40 Un embarazo ectópico se da cuando el embrión se adhiere en el lugar equivocado, con frecuencia en una trompa de Falopio. Si no se trata, la trompa puede acabar reventando, una de las causas más habituales de muerte de la madre durante los tres primeros meses de embarazo. Cualquier mujer con dolor y una prueba de embarazo positiva debe considerarse como un caso de embarazo ectópico a menos que la ecografía demuestre lo contrario. En este caso, se había interpretado erróneamente un embarazo ectópico como uno uterino en la ecografía.

41 El síndrome de ovarios poliquísticos (SOPQ) es la enfermedad endocrina más habitual en las mujeres, pues afecta a entre 1 de cada 5 y 1 de cada 20 en función de cómo se defina, cosa que habrá cambiado otras tres o cuatro veces entre el momento en el que yo escribo estas líneas y el momento en el que alguien las lea. El SOPQ puede provocar problemas de fertilidad, de piel, de vello corporal y trastornos menstruales.

42 Igual que hay amigas que te insisten en ir a otra discoteca más, aunque ya se hayan vomitado en el pelo, algunos embarazos se prolongan más de lo recomendable. Después de cuarenta y dos semanas, la placenta puede empezar a morir, de manera que inducimos el parto antes de que la madre llegue a ese punto, y el primer paso consiste en aplicar dinoproston.

43 La máquina de cardiotocografía, conocida como CTG o «las correas», es un cinturón que se ata alrededor del vientre de las madres durante el parto y que mide y registra de manera continua las contracciones y la frecuencia cardíaca del bebé. El resultado puede ser «reactivo» o «no reactivo».

44 La ascitis es líquido en el abdomen y casi siempre es sinónimo de muy malas noticias.

45 No intente ninguna de las dos cosas, por favor.

46 Todos los médicos residentes cambian de hospital el mismo día cada seis o doce meses, día que se conoce como Miércoles Negro. A alguno le parecerá una idea espantosa cambiar todas las piezas del Scrabble de golpe y esperar que el hospital funcione exactamente igual que el día anterior. Y así es.

47 Los padres parecen creer que los obstetras somos búhos sabios con un conocimiento experto de los niños, pero esto no podría estar más alejado de la realidad. Sabemos exactamente la raíz cuadrada de cero de niños, salvo por unos cuantos semidatos que aprendimos en la facultad de Medicina y recordamos a medias. Una vez el bebé no está ligado umbilicalmente a la madre, lo entregamos y no volvemos a ocuparnos de él hasta que es lo bastante mayor para procrear.

48 Suena a un servicio de trenes de alta velocidad en el Cáucaso, pero en realidad es bastante menos sofisticado. Se mira en el interior de la vagina con un aparato de ultrasonidos para decidir si un embarazo es viable, si acabará en interrupción o si es ectópico. Un error de diagnóstico puede colocarte en el bando equivocado de una acusación por negligencia/homicidio involuntario.

49 Normalmente haríamos una tomografía computerizada, pero intentamos evitarlas durante el embarazo porque comportan la exposición a grandes cantidades de radiación, y cualquiera que se haya quedado despierto de madrugada para ver una película de terror sabe que la combinación de radiación y fetos no es buena idea. Me han explicado en varias ocasiones el mecanismo de las resonancias magnéticas y sigo sin entenderlo, pero no hay radiación: las imágenes se obtienen usando una combinación de protones, magia y un imán enorme. Y cuando digo enorme, quiero decir enorme: del tamaño y el peso de un apartamento de una habitación. En la lista de comprobación de la resonancia magnética preguntan si el paciente tiene una válvula cardíaca metálica (saldría despedida de su pectoral inerte a 130 km/h y estallaría en la máquina) o si ha trabajado en una fábrica de metales (en cuyo caso, fragmentos diminutos de metal se le habrían incrustado en los ojos y ambos globos oculares estallarían al abrir la puerta de la sala donde se realizan las resonancias magnéticas).

50 El atractivo ya de por sí casi nulo que me suscitaban los *piercings* en los genitales se evaporó del todo cuando, siendo residente de primer año, acudió a consulta un paciente a quien el anillo le había desgarrado el pene mientras mantenía relaciones sexuales. Ocurre tan a menudo que los urólogos lo han bautizado como «la venganza del tatuador».

51 Las contracciones de la matriz hacen que el cuello del útero pase de estar cerrado antes del parto a completamente dilatado (10 cm) al final de este, justo cuando el bebé hace su entrada triunfal en el mundo. Dilatar los primeros centímetros puede llevar bastante tiempo, así que las mujeres no suelen ser admitidas en la maternidad hasta que han dilatado al menos 3 cm. Es como una discoteca extraña en la que no se puede entrar hasta que te meten dos dedos enguantados en la vagina..., aunque es probable que ya exista una así en el centro de Londres.

52 Cuando se llega a cierta edad, el cuerpo intenta volverse del revés a través de la vagina, aunque esto puede evitarse realizando ejercicios de suelo pélvico. Hay folletos que describen esos ejercicios con un grado de detalle que resulta confuso; yo, en cambio, siempre les decía a mis pacientes: «Imagine que está sentada en una bañera llena de anguilas y no quiere que se le meta ninguna dentro».

53 El hermafroditismo es un trastorno intersexual muy raro que consiste en que el paciente posee tanto tejido testicular como ovárico. Debe su nombre a la leyenda griega de Hermafrodita, que, según se cuenta, era al mismo tiempo hombre y mujer. Era el hijo/la hija de Hermes y Afrodita, quienes, sea dicho de paso, no se rompían mucho la cabeza a la hora poner nombre a sus hijos.

54 Un Port-a-Cath es un dispositivo subcutáneo que permite inyectar fácilmente medicamentos y extraer sangre y se implanta en personas en las que ambas cosas deben hacerse con frecuencia.

55 Miembro del Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos, un obstáculo que hay que salvar necesariamente para seguir avanzando en la jerarquía. El examen se divide en dos partes igual de brutales y recuerda a los trabajos de Hércules, porque te obligan a hacerlo para demostrar tu extraordinaria devoción a la materia, más que por ninguna otra cosa.

56 Muchas personas (y no las llamo «pacientes»; les pasa algo malo) acuden al hospital por pura aprensión, convencidas de que están enfermas. Se las conoce como «hipocondríacos», aunque nosotros las llamamos «sanos preocupados». Si los síntomas que dicen presentar los han leído en Internet, los denominamos «cibercondríacos».

57 Fuera del horario laboral, los especialistas están de guardia desde casa y ofrecen asesoramiento telefónico cuando es preciso, pero solo acuden al hospital en caso de urgencias graves.

58 Si se te para el corazón, lo más probable es que mueras. Dios es muy estricto con esto. Si pierdes el conocimiento en plena calle y un transeúnte intenta hacerte una RCP, tus posibilidades de sobrevivir rondan el ocho por ciento. En el hospital, con personal formado, medicación y desfibriladores, las posibilidades apenas duplican esa cifra. La gente no es consciente de lo espantoso que es realizar una reanimación: es indecoroso, brutal y su tasa de éxito es bastante lamentable. Cuando se debaten las solicitudes de «No reanimar», los parientes suelen querer «que se haga todo lo posible» sin entender realmente lo que eso significa. En realidad, el formulario debería decir: «Si a su madre se le para el corazón, ¿le gustaría que le rompiéramos todas las costillas y la electrocutáramos?».

59 El espéculo es un fantástico chisme metálico con forma de ornitorrinco que se usa para hacer exploraciones en el interior de la vagina. El primer espéculo lo inventó un cirujano estadounidense llamado Sims en 1845, quien posteriormente escribió en sus memorias: «Si había algo que detestaba era investigar los órganos de la pelvis femenina», lo cual explica en cierta manera por qué diseñó un instrumento tan espantoso.

60 «Creo que deberías dejar claro que es una broma», me ha recomendado uno de los abogados.

61 Igual que los sacerdotes reciben una ayuda por los servicios prestados a Dios (o por el amor de los chicos del coro, según como lo quieras llamar).

62 Es muy tedioso, pero esto se ha metamorfoseado en algo aún peor ahora que soy guionista televisivo. Prefiero sin duda un «¿Qué opinas de este sarpullido?» a un «¿Qué te parece este guion?».

63 La enfermedad pélvica inflamatoria o EPI se produce cuando una gonorrea o una clamidia no tratadas se extienden hacia el norte y afectan a los órganos pélvicos: puede resultar peliaguda de tratar e incluso derivar en un dolor pélvico permanente. Además, es una de las causas principales de infertilidad femenina. Básicamente, utilice condones o podría acabar no necesitándolos.

64 Mi familia es mucho más agradable que yo. Unas Navidades, British Airways le envió a mi padre billetes de ida y vuelta a cualquier destino del mundo como agradecimiento por responder a la llamada «¿Hay algún médico a bordo?» y darle a un paciente unos antihistamínicos del botiquín. Mi hermano (que también es médico de cabecera) no se mostró para nada impresionado: se había pasado todo un vuelo con una aerolínea económica gestionando una situación cardíaca urgente con recursos sumamente limitados y ni siquiera recibió un tímido agradecimiento, por no hablar de un viaje gratis a Bali.

65 Al perder sangre, el pulso suele acelerarse porque el corazón necesita trabajar más para llevar oxígeno al cuerpo, dado que hay menos sangre que lo transporte. Cuando el pulso se ralentiza en esta situación suele indicar que el organismo se está agotando y se está preparando para arrojar la toalla.

66 Tener un bebé puede hacerte trizas los bajos; no hay escapatoria posible, sobre todo si eres madre primeriza. Durex debería tomarle el testigo a los fabricantes de cigarrillos y poner fotografías de perineos en el posparto en sus paquetes: ninguna mujer que las viera se arriesgaría siquiera a quedarse embarazada. Un desgarro de primer grado atraviesa la piel, un desgarro de segundo grado afecta a los músculos del perineo, un desgarro de tercer grado implica el esfínter anal y un desgarro de cuarto grado te arranca la pierna o algo así.

67 Los papeles de los médicos y las comadronas están bastante bien definidos en la mayoría de los aspectos relativos a la sala de partos. Las comadronas se encargan de los partos normales y los médicos intervienen cuando existe causa de preocupación por el bienestar de la madre o del bebé o porque el alumbramiento no avanza. Quien tiene que sacar el costurero para los desgarros de primer y segundo grado es una zona más gris que la vagina de una abuela.

68 La posición cefálica significa que el bebé está con la cabeza hacia abajo, lo que es normal. Lo contrario es cuando el bebé viene de nalgas. La presentación de nalgas se produce en un tres por ciento de los embarazos y entre los personajes famosos que han nacido de este modo figuran el emperador Nerón, el káiser Guillermo, Frank Sinatra y Billy Joel. Si alguna vez gana un concurso con estos datos, me debe una cerveza.

69 Un estudio de 2015 de la Sociedad de Protección Médica reveló que el 85 por ciento de los médicos han experimentado trastornos de salud mental y que el 13 por ciento de ellos admitían haber tenido pensamientos suicidas. Un estudio publicado en 2009 por el *British Journal of Psychiatry* demostraba que las doctoras jóvenes del Reino Unido presentan dos veces y media más probabilidades de suicidarse que el resto de las mujeres.

70 «Colelitoproctofilia» significaría meterte cálculos biliares por el ano, pero acabo de inventármelo. «Orbitobelonefilia» significaría clavarte agujas en los ojos. Y «anastamosis craniofálica» significa cabezapolla.

71 Desconozco cuál es la opinión del Consejo Médico General con respecto a masturbarse en las habitaciones donde dormimos cuando estamos de guardia. Durante más de un mes, mientras redactaba este libro, hubo un mensaje de correo electrónico dirigido a ellos en la bandeja de «no enviados» en el que les pedía que me lo aclarasen, pero al final me entró el canguelo y lo borré. Sin embargo, todos lo hemos hecho. Básicamente, asegúrese de que su médico se ponga gel de manos antiséptico cuando irrumpa en su habitación en plena noche.

72 Para las cosas de vida o muerte suena lo que conocemos como el «busca de emergencias», un busca que habla y te dice exactamente dónde acudir, lo que ahorra unos segundos valiosísimos.

73 La ketamina se conoce también con los nombres de K, Kit Kat y Special K. Aunque si me hubiera dicho que tomaba Special K cada mañana tal vez se me habría pasado por alto la referencia.

74 La histerectomía abdominal total y salpingooforectomía bilateral consiste en la extirpación del útero, el cuello del útero, las trompas de Falopio y los ovarios. Salpingooforectomía suena a tralenguas, ¿no?

75 Introducir una cámara dentro del útero. Uno de los pilares de la exploración ginecológica, sobre todo para casos de hemorragias anormales, aunque también es un procedimiento típico cuando uno ya no sabe qué más hacer. Esta intervención se realizó por primera vez en 1869 y la mayoría de las unidades hospitalarias no han adquirido material nuevo desde entonces.

76 Icke es un profesional de la teoría de la conspiración que niega el Holocausto e imparte unos discursos implacablemente largos y estrambóticos. Para cuando se publique este libro, sin duda será ya ministro de Exteriores.

77 La prueba de APGAR es un examen de diversos parámetros para determinar si un bebé recién nacido está bien. Mide el esfuerzo respiratorio, la frecuencia cardíaca, el tono muscular, los reflejos y el color de la piel, y asigna una puntuación de 0 a 2 a cada parámetro. Los bebés completamente sanos obtienen su primer 10.

78 La diatermia consiste, básicamente, en aplicar un soldador eléctrico para cauterizar y detener la hemorragia de los vasos sanguíneos pequeños. Es importante no limpiar la piel con antiséptico con base de alcohol antes de la operación, porque, de hacerlo, las chispas de la diatermia pueden incendiar al paciente.

79 Hay 206.

80 «Primípara» significa «primer embarazo». Para los embarazos posteriores usamos «multípara».

81 El Sonicaid es el dispositivo manual con el que se escucha el corazón de los fetos.

82 Es una crueldad tremenda que, si un feto muere en el útero, el lugar más seguro para extraerlo sea en la maternidad, rodeado de docenas de madres y bebés.

83 Hay tres tipos de código. El primero consiste en usar los términos cultos en griego y latín para designar las enfermedades. Así, decimos «disnea» en lugar de «dificultad para respirar», y «orquitis del epidídimo» en lugar de «inflamación de los testículos y el pene». En el segundo, usamos eufemismos. En vez de sugerirle a una paciente que tiene sífilis, le decimos que pida un «análisis de la VDRL», que es el necesario para determinarlo, y en vez de decir «VIH» decimos «deficiencia de CD4», en alusión al problema inmunológico subyacente. El tercero, y este es mucho más divertido, consiste en usar términos completamente inventados que se han incorporado a la jerga médica en el último par de décadas. Por lo general, suenan creíbles y científicos, y te permiten ser franco delante de un paciente sin que se dé cuenta.

HE aquí algunos de mis favoritos:

ENVENENAMIENTO crónico por glucosa: obesidad.

ENCARCELITIS: aparición de síntomas justo después de ser detenido.

SÍNTOMA Q: lengua colgando fuera de la boca, en forma de Q. En términos de pronóstico, se trata de una muy mala señal, aunque no tan mala como el síntoma de Q con punto, en el que hay una mosca en la lengua.

STATUS dramaticus: paciente médicamente sano, pero con tendencia a dramatizar.

FLEBOTOMÍA terapéutica: mejora después de un análisis de sangre.

TRANSFERIDO a la planta 15: muerto. (P. D.: El número siempre debe ser superior al número de plantas del hospital.)

84 Los materiales y la técnica usados para cerrar la piel varían en función de cada cirujano. Las grapadoras y las grapas que se usan son una versión apenas modificada de las que se compran en las papelerías.

85 La psicosis puerperal o psicosis de posparto es la versión extrema de la depresión posparto: la paciente experimenta síntomas psiquiátricos graves tras dar a luz. Tiene una incidencia de 1 entre 1000 mujeres.

86 Un pesario de anillo es una rosquilla de plástico rígido que se introduce en la vagina y mantiene los órganos internos..., pues eso..., dentro. Los pesarios existen desde que existen los prolapsos de los órganos pélvicos, es decir, desde unos dos años después de que la primera mujer diera a luz. Históricamente se utilizaba una patata a modo de pesario: te la introducías por ahí y todo quedaba en su sitio. La parte horripilante es que el entorno cálido y húmedo es ideal para que los tubérculos germinen, cosa que obligaba a las mujeres a podar los brotes verdes cuando empezaban a rozarles la ropa interior.

87 Un pesario vaginal de Gellhorn recuerda a las perchas individuales que se colocan tras la puerta de la habitación para colgar la bata de estar por casa. Se introduce y extrae tirando del pitorro, y la sección plana mantiene el útero alejado del público.

88 Los embarazos de gemelos se producen en uno de cada 80 embarazos espontáneos; son más frecuentes con las FIV porque generalmente se implantan un par de embriones de golpe. Las posibilidades de tener trillizos son de 1 en 80 elevado al cuadrado (1:6.400), de cuatrillizos son de 1 en 80 elevado al cubo (1:512.000), y así sucesivamente. Cuantos más bebés en el útero, más posibilidades hay de que se produzcan complicaciones durante el embarazo: cualquier cosa que supere a los gemelos suele ser una pequeña catástrofe obstétrica. Aunque una vez tuve una paciente con cuatrillizos y, si no recuerdo mal, acabó recibiendo pañales, ropa, potitos para bebé y una mochila portabebés gratis de un anunciante.

89 Aneurin Bevan (1897-1960) fue un político **británico**, miembro en un inicio del **Partido del Trabajo de Gales** y posteriormente del Partido Laborista del Reino Unido. Fue **ministro de Salud** en el Gobierno de Clement Attlee (1945-1951) y es conocido por fundar el Servicio Nacional de Salud y dar forma al estado del bienestar inglés. (*N. de la T.*)

90 Al menos por el momento.

91 Cuando nace un bebé, antes de entregárselo a los pediatras, se toma una muestra de la sangre del trozo de cordón umbilical unido a la placenta, que recibe el nombre de «gases del cordón». Dicha muestra se analiza en una máquina en la propia sala de partos y muestra de manera concluyente si el bebé tenía o no que extraerse de manera urgente.

92 Entre sus múltiples y confusas funciones, el hígado produce un montón de agentes coagulantes; de ahí que un fallo hepático provoque una coagulación deficiente.

93 Se considera que un paciente es competente para tomar una decisión si puede demostrarse que entiende la información que le exponen, retener información y sopesar los pros y los contras. Aunque su decisión sea una chifladura.

94 Las adherencias son franjas de tejido cicatrizal causadas por operaciones previas o, a veces, por infecciones. Pueden causar dolor a los pacientes y hacer que operaciones posteriores sean mucho más complicadas, debido a que obstruyen otros órganos. Y es que el organismo no siempre está perfectamente definido, como los bistecs y las salchichas en una barbacoa...

95 En todas las oficinas hay papeleras separadas para basura, papel, plástico, etc., a las que nadie hace ningún caso. En los entornos médicos tenemos, además, una papelera para objetos cortantes: son unos tubos de plástico rígido en los que tiramos las agujas, cuchillas y otros objetos cortantes usados.

96 Supongo que es el mismo bromista que cambió el cartel de: «¡Aviso! Hay ladrones operando en este departamento» por «¡Aviso! Hay cirujanos operando en este departamento».

97 La respuesta resultó ser un año. Un colega examinó a una paciente que se había pegado con cola de impacto el introito de la vagina porque su novio la presionó para que lo hiciera.

98 Durante los registros horarios, todos los médicos tenemos que anotar exactamente cuántas horas hemos trabajado. Pero como el hospital no puede (o no quiere) pagarnos las horas extras, el ejercicio carece por completo de sentido: o bien confían en que mintamos y anotemos solo las horas que figuran en nuestro contrato o bien mandan a docenas de especialistas a las plantas para aliviar temporalmente la carga a los médicos de menor rango.

99 La colposcopia es un método concreto para hacer citologías, que consiste en explorar el cuello de la matriz para detectar células precancerígenas.

100 Es probable que pueda quedarse embarazada, pero tiene más posibilidades de perder al bebé en una fase avanzada de la gestación, así como de que nazca de manera prematura, que padezca retraso del crecimiento y que se presente de nalgas, y tiene muchas probabilidades de que tengan que practicarle una cesárea.

101 Nunca es el médico el que acaba pagando de su bolsillo la indemnización en una situación como esta. Es el hospital, o una organización de defensa médica, en el caso de los médicos de cabecera. A veces puede abrirse una causa penal, si se considera una negligencia grave, pero esto no se aplica exclusivamente a los médicos. En 2016, un optometrista que trabajaba en Boots fue encarcelado por homicidio involuntario por pasar por alto un síntoma en un niño de doce años que acabó falleciendo. Puede ponerse una queja ante el Consejo Médico General en paralelo con la demanda legal, lo cual pone en riesgo nuestra licencia médica y nuestra capacidad de ejercer la profesión.

102 El Syntocinon (oxitocina sintética) es un medicamento intravenoso que aumenta las contracciones y acelera el parto. Se supone que la paciente tiene que dilatar un centímetro cada hora o cada par de horas y, si eso no ocurre pese a la administración de Syntocinon, hay que hacer una cesárea.

103 Los SAEP (Servicios de Asesoría y Enlace con los Pacientes) son el departamento de quejas del hospital. Llevan la máxima de «el paciente siempre tiene la razón» a unas cotas insospechadamente altas y, por muy absurda que sea la queja, están más que dispuestos a mandar al médico a casa del paciente con un ramo de flores en una mano mientras se aprieta el cilicio con la otra.

104 Las cesáreas son mucho más complicadas en el caso de los bebés prematuros. El segmento inferior, que normalmente se corta cuando el embarazo está a término, no se acaba de formar hasta aproximadamente las treinta y dos semanas. Ello implica que hay que atravesar una parte mucho más gruesa del útero, lo cual convierte la cesárea en una intervención más dura y sangrienta.

105 Todos los médicos tienen el deber, consagrado en el código del Consejo Médico General, de proteger a los niños y jóvenes del maltrato y el abandono y de denunciar cualquier sospecha.

106 La placenta previa es una placenta unida a la parte inferior del útero. Las implicaciones son que hay que sacar al bebé por cesárea porque la placenta se interpone y no permite un parto vaginal. También conlleva que, si la madre se pone de parto, se da una pequeña emergencia, porque es probable que la placenta se rompa, con profundas consecuencias tanto para el pequeño como para ella (la placenta bombea 700 ml de sangre por minuto y todo su volumen en sangre desaparecería en cinco minutos).

107 Solo el cinco por ciento de los bebés nacen mirando hacia arriba, cosa que se conoce con el término médico «occipitoposterior». El término cursi es «mirando a las estrellas» y el término antiguo es «de cara al pubis».

108 El curri no induce el parto, ni la piña, ni el sexo. No existen pruebas científicas que demuestren ni estas ni ninguna otra leyenda urbana. Supongo que se lo inventó el creador del curri con piña un día que estaba cachondo.

109 «Bloody Mary» significa, literalmente, «María Sangrienta». El cóctel es un «homenaje» a María I de Inglaterra. (*N. de la T.*)

110 Cuando ejercía, realicé muchas interrupciones de embarazos, porque muchos de los otros médicos ponían objeciones por motivos éticos o religiosos (o fingían hacerlo, porque eran unos vagos). Nadie prefiere pasar así una mañana, pero es un mal necesario, y, como consecuencia, desarrollé una técnica quirúrgica excelente para realizar ERPOC, una intervención casi idéntica consistente en la evacuación de los productos retenidos de la concepción, que debe realizarse después de determinados abortos espontáneos. A aquellas alturas podía practicar un aborto con una mano mientras con la otra pasaba el aspirador por las escaleras o revisaba el buzón si era necesario. Aquella paciente no quería tener un hijo y vivimos en una sociedad civilizada: no es justo ni para ella ni para su hijo forzarla a ser madre, como deberían saber a estas alturas los irlandeses. Tal como está articulada la ley (la Ley del Aborto británica de 1967, para ser más exactos), dos médicos deben coincidir en que llevar adelante un embarazo puede ser perjudicial para la salud mental de la paciente, pero, en realidad, eso sirve de paraguas para incluir cualquier embarazo no deseado. En este caso, la paciente había intentado tomar precauciones razonables para no quedarse embarazada. Si se usan correctamente, los condones presentan una eficacia del 98 por ciento, pero algunos errores de uso frecuentes son ponerlos demasiado tarde, quitarlos demasiado pronto o usarlos con una lubricación insuficiente, de manera que conviene comprobar siempre que se están usando bien.

111 Un par de años después topé con un ejemplo de mal uso del condón en el que el tipo pensaba que, como el condón está cubierto de espermicida, y a él no le gustaba usarlo, podía ponérselo del revés sobre el pene, para que este quedara cubierto de espermicida, quitárselo y mantener entonces relaciones sexuales.

112 Casi todos los medicamentos se comercializan de forma genérica con el nombre del principio activo. Los más habituales son el paracetamol o el ibuprofeno.

113 Ciertas pacientes con embarazos ectópicos pueden tratarse con un medicamento llamado «metotrexato» si están sanas y el embrión ectópico es pequeño. Se trata de un medicamento bastante concreto que ataca a las células que se dividen rápidamente, gracias a lo cual disuelve de manera efectiva el embarazo ectópico. También se usa a veces en quimioterapia.

114 Por si a alguien le interesa, no, tampoco puede practicarse sexo anal. Sigue existiendo riesgo de rotura del embarazo ectópico, así que hay que evitar impactos por esa zona.

115 Excepto por los que te demandan.

116 Confesión: también me llevé un folleto sobre sus programas de posgrado.

117 Comprobar si se ha producido una perforación intestinal es un proceso asombrosamente similar a localizar un agujero en la cámara del neumático de una bicicleta. Se llena el abdomen de agua y se bombea aire a través del ano del paciente hasta detectar por dónde salen las burbujas.

118 En cada operación se hace un inventario del instrumental utilizado, que se cuenta meticulosamente tanto al abrir como al cerrar. Las torundas de algodón se empaquetan de cinco en cinco y, al final de la intervención, la enfermera de quirófano se asegura de estar desechando una cifra total de torundas múltiplo de cinco para confirmar que no nos hayamos dejado ninguna dentro de la paciente. (A menos que nos hayamos dejado cinco dentro de la paciente.)

119 Las torundas están diseñadas con un hilo opaco a la radiación que las recorre a todo lo largo y sirve de marcador, de tal modo que, al efectuar una radiografía, se muestran como una línea. No es demasiado imaginativo: yo habría apostado por escribir un «¡Ups!» opaco a la radiación.

120 La vaina del músculo rectal es una capa fibrosa situada bajo los abdominales; al volverla a suturar hay que tener cuidado de no rozar por accidente ninguno de los órganos subyacentes.

121 O Toni Pollaspa. O Don Cipote contra los molinos de viento.

122 El cerclaje cervical es el tratamiento de la incompetencia cervical, un término horrible para referirse a una afección del útero que se da cuando el cuello de la matriz se abre demasiado pronto durante el embarazo y provoca abortos en una fase avanzada de gestación o nacimientos muy prematuros. La sutura del cerclaje se realiza en el primer trimestre del embarazo con la esperanza de que mantenga el cuello del útero cerrado hasta salir de cuentas.

123 Pues resulta que lo hemos consultado con un abogado y la respuesta es: «Se consideraría una agresión, sin lugar a dudas». Así que diremos que no lo hice.

124 Al ingresar en la clínica de atención prenatal, las pacientes se clasifican según sus embarazos sean de alto o bajo riesgo, y las madres de bajo riesgo pueden optar a un parto en casa. La gente acostumbra a olvidar que «bajo riesgo» no significa «sin riesgo».

125 Mi amigo Percy trabajaba como residente en traumatología cuando se produjo una llamada a urgencias: un motorista había salido despedido de su moto y se había roto un montón de huesos. La radiografía de pecho (que se realiza de manera rutinaria para comprobar que los pulmones no se hayan perforado), anunció Percy orgulloso de sus conocimientos, mostraba una neumonía varicelosa, una complicación poco frecuente y peligrosa de la varicela que presenta un aspecto muy característico en los rayos X. Seguramente la sepsis provocada por la neumonía había hecho que el paciente perdiera el control y saliera volando de la moto. O, como resultó ser, el paciente tenía los pulmones en perfecto estado, pero con el accidente se le había metido un montón de gravilla por la parte trasera de la chaqueta y había aparecido en la radiografía.

126 La marsupialización es el tratamiento de un absceso de Bartolino, que se produce cuando las glándulas encargadas de lubricar la vagina se infectan. Se crea una especie de bolsa para ayudar al drenaje del absceso, lo cual explica el término de «marsupialización», canguro genital.

127 En Londres uno nunca está a más de dos metros de una rata, y en un hospital uno nunca está a más de dos metros de un equipo de grabación de un documental.

128 Tomar muestras de sangre fetal es el modo más preciso de comprobar el bienestar del bebé: tumbas a la madre de costado, le metes un trozo de tubería por la vagina y haces un corte en la coronilla del bebé con una cuchilla acoplada a un palo largo. No tiene sentido fingir que se trata de una técnica más sofisticada que eso. A continuación, se toma una gota de sangre en un pequeño tubo y la comadrona sale corriendo de la sala, momento en el que o bien se le cae, o bien lo pierde, o bien descubre que la máquina está estropeada, y, de vez en cuando, regresa con el pH de la sangre del bebé. Por algún motivo, se elige no mencionar este procedimiento bastante habitual en las clases de preparación al parto.

129 Una episiotomía es un corte con tijeras (me encantaría decir que se usan tijeras quirúrgicas especiales, pero son tijeras normales y corrientes) que se realiza en el perineo para evitar un desgarro que resultaría más difícil de reparar o podría extenderse hasta el ano. En esencia, se trata de una explosión controlada.

130 Los buenos obstetras no llevamos el móvil encima cuando vamos con ropa de quirófano. Basta que tu iPhone naufrague una vez en un tsunami de sangre para aprender la lección, y es que es irrecuperable, por mucho rato que lo dejes metido en un vaso con arroz.

131 La presión arterial debería estar por debajo de 120/80 mmHg, es decir, milímetros de mercurio. Si nos clavaran un tubo de vidrio lleno de mercurio en el corazón, correspondería al número total de milímetros que la presión haría subir el nivel, aunque actualmente utilizamos un método un poco menos invasivo para medirla. El número más alto indica la presión cuando el corazón late o bombea y el número inferior indica la presión cuando el corazón está en reposo entre latido y latido.

132 La monitorización ambulatoria consiste en caminar con un manguito para tomar la tensión arterial en el brazo durante todo un día, que se infla cada quince minutos aproximadamente y registra los datos para el médico. Resulta especialmente útil en caso de padecer «hipertensión de bata blanca», síndrome consistente en que los pacientes se ponen nerviosos al visitar al médico y se les dispara la tensión arterial baja. Aproximadamente una semana antes de los exámenes finales en la facultad de Medicina, mi amigo Antonin preguntó durante una clase de demostración «¿Por qué se la llama “hipertensión de la rata blanca”?». Ahora es hematólogo, así que ándese con cuidado si se lo cruza en el camino.

133 En la mayoría de los aspectos, la sanidad privada supone una ligera mejora frente al sistema público, pero no existe una diferencia inmensa en cuanto a los cuidados médicos. Consigues visita un poco antes, los recepcionistas tienen sonrisas perfectas y puedes elegir la cena de un menú si acabas ingresado, pero, en última instancia, recibes el mismo tratamiento. En lo relativo a las clínicas de fertilidad, en cambio, el sector privado lleva una ventaja kilométrica: investigan cada caso y lo tratan hasta conseguir que la paciente tenga un bebé (o se declare insolvente). La sanidad pública tiene unos criterios demográficos muy reducidos para poder acceder a un tratamiento y, a menudo, cumplirlos no basta para conseguirlo. Entiendo que el dinero es limitado, pero eso no es algo que se alegue en otras especialidades médicas. «No tratamos la leucemia porque no hay presupuesto.» «Solo tratamos fracturas en el lado derecho del cuerpo porque no hay presupuesto.»

134 ¿Es este el «truco para perder peso que los médicos no quieren que conozcas» que se anuncia a bombo y platillo en Internet?

135 La distocia de hombros es una de las experiencias más terroríficas que puede vivir un obstetra: el bebé saca la cabeza, pero los hombros quedan atrapados. Mientras tiene lugar todo esto, el cerebro del bebé no recibe oxígeno, así que la situación es una bomba de relojería; en cuestión de minutos, se produce un daño cerebral irreversible. Todos recibimos formación regular para tratar esta urgencia concreta. Llevamos grabadas en el bulbo raquídeo todo tipo de mnemotecnias que pueden ayudarnos a solventarla y todo tipo de maniobras físicas: ejercer presión suprapúbica, la maniobra de McRoberts (hiperflexionar las piernas), la maniobra de tornillo de Woods (rotar al bebé por los hombros) y sacar el brazo posterior.

136 La parálisis de Erb es un daño nervioso en el brazo causado por la tensión que soporta el cuello en estas situaciones.

137 Desde 2013, se permite operar a los médicos con una carga vírica indetectable de VIH, tras una década de presionar asegurando que el riesgo para las pacientes era insignificante. Mi análisis fue negativo, por si alguien pensaba que el libro estaba a punto de dar un giro dramático.

138 «Preterminal» significa que el bebé morirá si no se actúa.

139 Aproximadamente una década antes había trabajado en ese mismo hospital como secretario médico durante las vacaciones universitarias. Nos obligaban a realizar una pausa de veinte minutos cada dos horas de mirar fijamente a la pantalla del ordenador por motivos de «salud y seguridad».

140 Como si los hospitales no estuvieran sometidos a suficiente presión, el Gobierno británico ha decidido que todos los pacientes que acuden a urgencias tienen que ser ingresados o dados de alta en menos de cuatro horas, ya hayan padecido un derrame cerebral o se hayan hecho daño en un dedo del pie. Si más del cinco por ciento de dichos pacientes supera ese límite (que, por desgracia, no es una transgresión que a mí me importe), multan al hospital, y la dirección echa una bronca descomunal al personal de urgencias.

141 Una abrupción es una complicación del embarazo en la que parte o toda la placenta se separa del útero. Puesto que el bebé recibe todo el oxígeno y los nutrientes a través de la placenta, puede ser muy grave.

142 Las suturas compresivas son puntos de sutura muy grandes que rodean el útero con el fin de comprimirlo y detener la hemorragia.

143 Ministro de Sanidad del Reino Unido.

Esto te va a doler
Adam Kay

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (art. 270 y siguientes del Código Penal)

Diríjase a Cedro (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra. Puede contactar con Cedro a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47

Título original: *This is Going to Hurt*

© de la fotografía de la portada, Aaron Tilley Photography

© Adam Kay, 2017

Publicado por Picador en 2017, sello del grupo Pan Macmillan, división del grupo Macmillan Publishers International Ltd.

© de la fotografía del autor, Idil Sukan

© de la traducción, Gemma Deza Guil, 2018

© Editorial Planeta, S. A., 2018
Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona
www.editorial.planeta.es
www.planetadelibros.com

Primera edición en libro electrónico (epub): junio de 2018

ISBN: 978-84-08-19267-1 (epub)

Conversión a libro electrónico: J. A. Diseño Editorial, S. L.